ACTUAnesth

N° 4
JANV. 2012

Chers Lecteurs,

La fin de l'année à été chargée pour tout le monde et l'envoi tardif de la l'ACTUAnesth de janvier 2012, en est l'exemple type.

Pourtant, face à ces contraintes du temps qui passe, depuis 4 mois maintenant, la publication est un succès. Vous êtes de plus en plus nombreux à vous inscrire et l'idée que j'avais de ce projet prend ainsi de l'ampleur actuellement. Les professionnels qui suivent avec intérêt la publication de l'ACTUAnesth montrent par là qu'ils sont attentifs à l'information et à leur formation.

Alors pour cette nouvelle année, je vous souhaite à tous du temps :

Du temps pour saisir l'instant et prendre plaisir dans le maintenant et l'ici,
du temps dans la relation à autrui,
du temps pour prendre le temps avec ceux que l'on aime,
du temps à se recentrer sur soi-même
oui du temps, car c'est toujours ce qui nous manque aujourd'hui.

Alors prenez de ce temps à nous lire, prenez du temps à en parler autour de vous.

Excellente année 2012 à tous.

Julien BOUIX

Faites nous connaitre !

La newsletter vous plait ! Vous connaissez des personnes qui seraient intéressées pour la recevoir ? Diffuser la ! Ou mieux : afin qu'ils demandent à faire partie de notre liste de diffusion, rien de plus simple. Ils doivent envoyer un e-mail à actuanesth@gmail.com en inscrivant dans objet : INSCRIPTION ACTUANESTH
Nous leur enverrons les exemplaires via notre liste de diffusion.
Merci à vous

Chirurgies

Da Vinci, la coelio fait sa révolution

Effectuer l'ablation d'un utérus sans ouvrir l'abdomen, c'est déjà bien. Réaliser la même intervention avec une vision en 3D et dans une position confortable (et par conséquent dans un contexte plus sécurisé), c'est encore mieux. C'est ce qu'offre aujourd'hui le robot Da Vinci aux chirurgiens. L'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) – René Gauducheau, à Nantes - est le second centre de lutte contre le cancer en France, à s'en être doté après l'Institut Paoli-Calmettes de Marseille. Pour les patients, le bénéfice de cette acquisition - à 2 millions d'euros tout de même – n'est pas négligeable : moins de cicatrices, moins de douleurs postopératoires et une convalescence accélérée.

« Procéder à une cœlioscopie conventionnelle, c'est comme nouer ses lacets avec des baguettes ». C'est ainsi que les chirurgiens, bien qu'ils fassent preuve d'une dextérité hors du commun, peuvent percevoir cette intervention. Et de fait, même si elle est moins invasive que l'ouverture de l'abdomen, la coelioscopie demeure une opération délicate. « La vision est inversée (comme dans un miroir) et en 2 dimensions seulement » nous explique le Pr Jean-Marc Classe, chef du service de chirurgie oncologique à l'ICO-René Gauducheau. Positionné avec les bras en surélévation, sans appui, le chirurgien doit intervenir en regardant un écran. Pas facile donc, surtout lors d'interventions longues.

Le robot Da Vinci représente « un progrès considérable par rapport à la cœlioscopie conventionnelle », s'enthousiasme le Pr Classe. Cette innovation technologique permet de reproduire « tous les mouvements du poignet humain avec les pinces opératoires ». Intervenant à partir d'une console dissociée du malade, le chirurgien a les avant-bras et la tête posés contre l'appareil. Confortablement installé, il utilise des joysticks pour commander à distance les instruments qui sont fixés sur les bras articulés du robot.

Grâce à la micro-caméra insérée dans l'abdomen du patient, le médecin dispose d'une vision directe du champ opératoire, sans inversion et en 3 dimensions. De plus, le robot permet de démultiplier les mouvements pour plus de précision. Par exemple, quand le chirurgien bouge de 1 cm, la pince ne se déplace en réalité que de… 3 mm. Il suffit de le programmer selon les besoins. Enfin le confort offert au chirurgien par le robot rend possibles « des interventions plus longues et plus compliquées, en réduisant la fatigue des bras et le risque de tremblements », se réjouit Jean-Marc Classe.

Moins de séquelles post-op

Dans le domaine de la chirurgie oncologique, « les cancers du col de l'utérus et de l'endomètre sont de très bonnes indications », indique le Pr Classe. Si le travail du chirurgien reste la base de la réussite, le robot lui facilite la tâche et permet notamment, de préserver les liaisons nerveuses. « Dans le cas du cancer de l'utérus, la rétention ou l'incontinence urinaire sont moins fréquentes après des interventions assistées par robot », ajoute-t-il.

D'autres bénéfices sont apportés au patient. Outre une réduction de la taille des cicatrices et de l'intensité des manifestations douloureuses, « ce type d'intervention réduit le temps d'hospitalisation postopératoire. Il passe de 8 ou 10 jours actuellement, à 3 ou 4 jours. Et la patiente peut se lever très vite après son réveil », ajoute-t-il.

Depuis l'arrivée du robot à Nantes, une trentaine d'interventions ont été réalisées par le Pr Classe et sa collègue, le Dr Isabelle Jaffré. « Nous formons le binôme chargé d'apprendre à utiliser le robot dans l'Institut. Ensuite, nous formerons les autres chirurgiens », conclut-il.

Source : de notre envoyée spéciale à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest, René Gauducheau, 7 décembre 2011

www.destinationsante.com - 15 décembre 2011

http://www.destinationsante.com/Da-Vinci-la-coelio-fait-sa-revolution.html

Première européenne : un nouveau-né opéré par chirurgie robotique

Une équipe du CHU de Limoges conduite par le Pr Laurent Fourcade vient d'opérer par chirurgie robot-assistée un nouveau-né atteint d'une atrésie de l'œsophage (occlusion congénitale qui empêche une alimentation normale). C'est la première intervention de ce type en Europe et l'une des premières dans le monde.

3 kg 200, c'était le poids de Louise le 15 octobre 2011, jour de son opération à l'hôpital de la mère et de l'enfant du CHU de Limoges. Elle est le premier bébé européen à avoir bénéficié d'une intervention chirurgicale robotique pour traiter une atrésie de l'œsophage, et le « plus petit » opéré en France sous assistance robotique.
Dans la plupart des cas, les enfants atteints de cette malformation sont opérés à la naissance par thoracotomie. Moins invasive, et offrant des suites opératoires moins lourdes (douleurs moindres, cicatrice plus discrète…), le traitement d'une atrésie de l'œsophage par thoracoscopie est une alternative extrêmement séduisante mais complexe à réaliser sur les enfants de petite taille.

Le Pr Laurent Fourcade, responsable du service de chirurgie pédiatrique et auteur de cette première commente la genèse de cette première : « Notre expérience en chirurgie mini-invasive ainsi que notre expérience avec le robot Da Vinci et la qualité de la dissection et des sutures qu'il propose, nous ont amenés à utiliser cette technique innovante chez ce nourrisson. La disponibilité de toute l'équipe de bloc opératoire ainsi que de l'équipe d'anesthésie sous la direction pour cette intervention du Dr Cros, ont été des éléments essentiels à la réussite de notre intervention. Louise va bien, elle est rentrée à la maison après le traitement par l'équipe d'ORL du Dr Aubry d'une laryngomalacie ».

Une opération aussi réalisée après avoir dialogué avec le Pr John Meehan, chirurgien au Seatlle Children's hospital, « le » chirurgien mondial pour la chirurgie pédiatrique avec robot, et en présence du Dr Grousseau, initiateur avec le Dr Longis et le Pr Alain de la cœlioscopie pédiatrique dans l'établissement référence du Limousin.
Fort de cette réussite, l'équipe de chirurgie pédiatrique du CHU de Limoges prévoit de faire à nouveau appel à cette technique dans cette indication, « sur des enfants de plus de 3 kg et sauf malformations associées », précise néanmoins le Pr Fourcade.
Référent pour les interventions chirurgicales robotisées, en particulier en chirurgie pédiatrique (2ème établissement français en nombre d'interventions pour cette spécialité), le CHU de Limoges se réjouit évidemment du succès de son équipe qui reçoit déjà les visites de chirurgiens français et étrangers qui s'intéressent à cette première.

CHU Limoges - 04/01/2012.
Catégorie : CHU Limoges, Innovation, Article 1
http://www.reseau-chu.org/les-articles/article/article/premiere-europeenne-en-chirurgie-robotique-neonatale/

PTH ou PTG : quand remplacer simultanément les deux hanches ou deux genoux ?

Paris, France— Pourquoi n'opérer qu'un coté si les deux font mal ? En France, la mise en place dans le même temps opératoire de deux prothèses de hanche ou de genou reste exceptionnelle (5%). Pourtant, en Corée ou aux Etats-Unis, la proportion d'interventions simultanées peut aller jusqu'à 70 % dans certaines équipes. Le Dr Philippe Massin, chirurgien orthopédique (CHU Bichat, Claude Bernard, Paris), analyse les meilleures indications des interventions multiples en un temps à l'occasion du 24e congrès français de rhumatologie.

« Je demande généralement à un patient qui doit être opéré des deux côtés pour une pathologie de la hanche ou du genou, par quel côté il préfère que je débute. Si sa réponse est : peu importe je souffre autant des deux, alors l'idée d'une intervention séquentielle en un temps doit être évoquée. Cette pratique est habituelle dans certains pays, mais reste encore exceptionnelle en France. Pourtant, nombre d'arguments vont en faveur de cette approche », analyse le Dr Philippe Massin

Une économie de 30 %

L'intervention en un temps anesthésique unique est le plus souvent réalisée de façon séquentielle.

Le même chirurgien orthopédiste intervient sur les deux articulations l'une après l'autre. L'anesthésiste est généralement le même tout au long de l'intervention. Aux Etats-Unis ou en Corée, ce sont parfois deux équipes qui sont mises à contribution de façon simultanée. Globalement, les interventions simultanées permettent une économie qui peut atteindre 30 % des frais liés à deux opérations successives.

Moins d'arrêt de travail pour les jeunes

Alors si cette technique est réalisable, qui concerne-t-elle ? « Globalement, je la propose dans deux cas de figure. Tout d'abord, chez un patient relativement jeune qui souffre de pathologies bilatérales, chez qui l'intervention en un temps peut faire gagner du temps de rééducation et permettre une reprise du travail plus rapide.

En trois mois, il est possible de retrouver une autonomie acceptable contre 6 à 9 mois pour les deux interventions successives qui sont généralement espacées d'une fenêtre de 3 mois.

La qualité de la rééducation semble aussi meilleure si l'on s'en réfère à la seule étude sur le sujet, puisque les patients se consacrent intégralement à leur réadaptation physique sans penser à l'autre intervention et que la reprise de la marche est facilitée par l'absence de douleur controlatérale », explique le Dr Massin.

Un risque anesthésique moindre chez les personnes âgées

L'autre population cible est celle des personnes âgées, voire très âgées, fragiles chez qui l'absence d'intervention chirurgicale va influer très négativement sur l'autonomie mais chez qui aussi, la réalisation d'anesthésies itératives peut paraître périlleuse.

En cas d'intervention bilatérale, la durée d'hospitalisation et de rééducation est généralement plus longue que pour une seule intervention, mais elle n'est pas répétée. Or, la répétition des hospitalisations est néfaste sur l'état de santé à court et moyen terme des personnes âgées.

Le résultat fonctionnel est aussi souvent meilleur en l'absence de douleurs du coté non opéré à la reprise de la marche.

Enfin, certaines indications nécessitent une intervention bilatérale pour permettre une rééducation convenable : raideur bilatérale, attitude vicieuse (flexum de 20 ° ou plus ou bilatéralité), flexum des genoux liés aux atteintes de polyarthrite rhumatoïde.

Des complications maîtrisées

La frilosité des chirurgiens orthopédique français vient vraisemblablement de la question des risques liés à ce type d'intervention. « Il ne faut pas comparer ces opérations avec des arthroplasties unilatérales avec articulation controlatérale saine. Il faut les comparer avec des arthroplasties unilatérales successives.

Globalement pour les prothèses du genou, les risques sont principalement constitués par les thromboses veineuses profondes, les embolies graisseuses et les infarctus du myocarde. Chez les patients obèses, des luxations unilatérales de la patella sont signalées en particulier lorsque les réglages de prothèses ont été faits de façon symétrique et non adaptée à la morphologie de chaque genou.

La consommation d'antalgiques en cours d'hospitalisation et de rééducation est généralement plus faible lorsque les deux genoux ont été opérés.

Pour les prothèses de hanches, les complications hémorragiques sont habituelles et doivent être gérées comme en cas d'intervention unilatérale. Le risque thombo-embolique peut être maîtrisé par un lever précoce. Par ailleurs, la pose simultanée de 2 prothèses de hanche permet de réduire la consommation d'antidouleurs », précise le Dr Massin.

Les indications des PTH ou PTG simultanées

Score ASA de l'état général : son augmentation contre-indique les PTG bilatérales

Poids : l'obésité est une bonne indication des PTG bilatérales

Age : idéalement en cas d'indication précoce, 55 à 60 ans pour les hanches et 70 ans pour les genoux

En cas d'indication tardive, après 80 à 85 ans à la fois pour les PTH et les PTG

Auteur : Dr Isabelle Catala
http://www.medscape.fr/rhumatologie/articles/1335041/

Nouvelle recommandation sur les mesures de la pression artérielle

A l'occasion des 31èmes Journées de l'hypertension artérielle, les 15 et 16 décembre 2011 à Paris, la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) émet une recommandation sur les « mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu ». Cette recommandation est destinée à aider les soignants à porter un diagnostic d'hypertension artérielle et à prendre les décisions thérapeutiques appropriées pour un meilleur suivi des patients hypertendus.

« La décision diagnostique et thérapeutique de l'hypertension artérielle est basée sur la mesure de la pression artérielle » indique le Professeur Xavier Girerd, Président de la société française d'hypertension artérielle1. « La variabilité de la pression artérielle expose le patient à de possibles erreurs dans le diagnostic et le suivi d'une hypertension traitée. La plus large utilisation des appareils électroniques de mesure de la tension permet d'éviter ces erreurs et les médecins devraient aujourd'hui utiliser de façon prioritaire ces nouvelles méthodes dans le suivi quotidien des patients hypertendus ».

C'est pourquoi la SFHTA a rédigé en 2011 une recommandation qui propose une synthèse en dix points réalisée à partir d'une analyse exhaustive des données de littérature médicale et de leurs niveaux de preuve, sans détailler l'ensemble des informations disponibles sur le sujet.
Voici le résumé de la recommandation en 10 points :

1. Privilégier la mesure électronique de la pression artérielle (PA).
2. Réaliser la mesure de la PA après quelques minutes de repos, en position assise ou couchée.
3. Encourager l'automesure tensionnelle (AMT), en position assise, avec 3 mesures le matin au petit-déjeuner (en les espaçant de quelques minutes), 3 mesures le soir avant le coucher, 3 jours de suite (règle des 3).
4. Différencier la normalité tensionnelle en AMT ou en mesure ambulatoire (MAPA) de la mesure en cabinet médical :
   - pression artérielle systolique : inférieure à 140 mmHg au cabinet médical et à 135 mmHg en auto-mesure
   - pression artérielle diastolique : inférieure à 90 mmHg au cabinet médical et à 85 mmHg en auto-mesure
5. Mesurer la PA en dehors du cabinet médical pour confirmer l'HTA avant le début du traitement, sauf HTA sévère.
6. Mesurer la PA en dehors du cabinet médical pour les patients hypertendus traités et non contrôlés en consultation.

Utiliser la MAPA en l'absence d'AMT en cas de discordance entre la PA au cabinet médical, et en AMT en cas de PA normale avec atteinte des organes cibles et en cas de suspicion d'hypotension artérielle.

Savoir que la reproductibilité de la PA est meilleure en AMT et en MAPA qu'au cabinet médical.

Mesurer la pression artérielle par AMT et MAPA, ce qui permet de diagnostiquer l'HTA blouse blanche.

Proposer une prise en charge thérapeutique sur la base des chiffres de PA mesurée en dehors du cabinet médical.

Télécharger la recommandation (format pdf)

Notes
La Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) est une société savante, filiale de la Société Française de Cardiologie (SFC), depuis 1987. Présidée par le Professeur Xavier Girerd, cardiologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, elle compte plus de 350 membres titulaires. Elle se situe au carrefour de plusieurs disciplines - cardiologie, endocrinologie, génétique, médecine interne, médecine vasculaire, néphrologie, pharmacologie, physiologie - pour mieux explorer les différents aspects de l'hypertension artérielle et diffuser efficacement les résultats des connaissances, notamment lors des Journées de l'hypertension artérielle

Société française d'hypertension artérielle (SFHTA)
www.infirmiers.com - 16.12.2011

http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/pratique-nouvelle-recommandation-sur-les-mesures-de-la-pression-arterielle.html

Qualité

Indicateur sur la qualité du dossier d'anesthésie - Campagne 2010 - Analyse descriptive des résultats agrégés 2010

Objectifs

De novembre 2010 à février 2011, la HAS a coordonné la troisième campagne de généralisation de l'indicateur sur la qualité du dossier d'anesthésie impliquant les établissements de santé réalisant des anesthésies générales et loco-régionales. La HAS rend compte des résultats agrégés de cette campagne dans ce rapport d'analyse, présentant les principaux constats et faits marquants.

Points clés

Le rapport présente les résultats nationaux et régionaux agrégés. Près de 1000 établissements ont évalué la qualité de leur dossier d'anesthésie. - Depuis 2008, le score national ne cesse de progresser : +17 points en 3 ans : Il atteint le score de 80 en 2010. - Dans 6 établissements sur 10, le dossier, d'au moins 8 patients sur 10, contient les éléments qualitatifs indispensables à la maitrise du risque anesthésique - Les établissements de santé continuent de progresser grâce à l'implication des professionnels dans l'amélioration de la qualité de leur dossier. Néanmoins certains établissements ont des résultats en baisse. La HAS intégrera ces informations dans la cartographie des risques des établissements afin de cibler les visites de certification. - Les résultats restant tout de même très variables d'un établissement à l'autre confirment la pertinence de la poursuite du recueil de cet indicateur. - Il existe une variabilité de résultats pour certains éléments de la maitrise du risque anesthésique qui témoignent d'une hétérogénéité des pratiques. La HAS et le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (CFAR) se sont engagés dans un travail commun d'analyse des facteurs explicatifs de cette variabilité des résultats, qui complètera les résultats présentés dans ce rapport.

Les résultats individuels des établissements MCO concernés par cette campagne sont diffusés publiquement sur le site platines.sante.gouv.fr.

Rapport : Indicateur sur la qualité du dossier d'anesthésie - Campagne 2010 - Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 (2.71 Mo)

Quid de l'antalgie après le retrait du dextropropoxyphène ?

Paris, France — Après le retrait du dextropropoxyphène (Di-Antalvic ®) et peut-être bientôt du clonazépam (Rivotril ®), une approche plus analytique de la douleur, de son diagnostic et de son traitement, devrait bénéficier davantage au patient. Les propositions de la Société Française de Rhumatologie (SFR) à l'occasion de son 24è Congrès à Paris. [1]

Le dextropropoxyphène (DXP) et la trentaine de spécialités à base de DXP ont été retirés du marché définitivement depuis le 1er novembre 2011. Or cet antalgique de palier 2 commercialisé depuis 1964 était parfaitement ancré dans les habitudes antalgiques des patients douloureux et de leur médecin puisqu'en 2008 par exemple, il s'est vendu 70 millions de boîtes du médicament. Depuis, 45 % de ces prescriptions ont glissé vers le paracétamol (mais à quelles doses ?) et 55 % vers les antalgiques de niveau 2, de type tramadol pour 20 %, codéine 20 % et lamaline 18 %.

Les nouvelles recommandations de l'Afssaps

« La stratégie de prise en charge actualisée en mai 2011 des douleurs modérées à intenses de l'adulte consiste en une évaluation de la douleur initiale, puis régulièrement, et en un bilan des traitements prescrits ou d'automédication (particulièrement pour les douleurs chroniques). Le choix du médicament se faisant sur l'intensité de la douleur, son caractère aigu ou chronique, les traitements concomitants et le terrain », résume le Dr Pascale Vergne-Salle (CHU Dupuytren à Limoges).

Sur une douleur aiguë par excès de nociception qualifiée de légère à modérée, il est conseillé de donner 3 à 4 g de paracétamol par jour ; un AINS à faible dose (antalgique) en cure courte ou un opioïde faible (codéine ou tramadol) pour une douleur modérée à intense ; enfin, un opioïde faible, voire fort, pour une douleur aiguë intense.

Sur une douleur chronique jusqu'ici contrôlée par 2 à 4 gélules de DXP, on propose du paracétamol et si cela est insuffisant, un opioïde faible ; si la douleur était contrôlée avec 4 gélules au moins de DXP, un opioïde faible éventuellement complété de paracétamol (3 g) est conseillé.

Les opioïdes faibles (codéine, tramadol ou lamaline) ont tous des effets indésirables, des précautions d'emploi et des contre-indications, et la vraie question est de savoir s'il faut prescrire des opioïdes faibles à doses thérapeutiques ou des opioïdes forts à faibles doses : 60 mg de codéine équivalant à 10 mg de morphine, donc 6 comprimés par jour d'une association de codéine à 30 mg et de paracétamol sont l'équivalent de 30 mg de morphine. Un comprimé de lamaline, combinaison de paracétamol (300 mg)/poudre d'opium (10 mg)/caféine (30 mg), équivaut à 1 mg de morphine ; et 3 à 5 gélules (la dose journalière) à 3 à 5 mg de morphine.

Revenir aux mécanismes physiopathologiques

« La classification des antalgiques par l'OMS en fonction de l'intensité de la douleur, sans études qui valident cette graduation artificielle de l'efficacité des antalgiques, est à l'évidence obsolète » observe le Pr Philippe Bertin, chef du service de rhumatologie au CHU de Limoges. Et commencer par un palier 1 avant d'atteindre un palier 3 si la douleur le "mérite", une perte de temps. Certaines douleurs aiguës intenses comme celles des fractures ostéoporotiques justifient que l'on commence d'emblée par un palier 3, pour descendre ensuite vers un palier 2 puis 1. À l'inverse, des opioïdes, fussent-ils forts, n'ont aucun effet sur les douleurs neuropathiques, où l'on utilise d'autres médicaments que les antalgiques.

Il s'agit donc d'optimiser la prise en charge, à la faveur du retrait du DXP, grâce à une approche plus analytique de la douleur. « Pour cela, on doit en

reconnaître les différentes composantes, affectivo-émotionnelle, comportementale, cognitive, etc., différentier les douleurs neuropathiques des douleurs nociceptives, parfois associées, en particulier dans notre spécialité », prévient-il. On peut débusquer la composante neuropathique à l'aide du questionnaire DN4.[2] Et, bien sûr, mesurer l'intensité de cette douleur sur l'échelle visuelle analogique (EVA).

Autre paramètre pour la prise en charge, déterminant, les attentes prioritaires du patient : certains veulent récupérer un périmètre de marche, d'autres préfèrent soulager des douleurs nocturnes. Enfin, les techniques non médicamenteuses peuvent être un excellent appoint.

À chaque douleur (et douloureux), son antalgique

Une douleur nociceptive inflammatoire devrait être soulagée par un AINS. Si elle est non inflammatoire ? Par un antalgique classique, non opioïde en première intention. Une douleur par excès de nociception, qui évolue sur un mode chronique, par un antalgique antinociceptif (la codéine) associé au paracétamol. Une goutte, par de la colchicine. « Une hyperalgésie induite par de la morphine en post-opératoire par exemple, par de la kétamine », suggère le Pr Bertin.

Une douleur neuropathique peut être traitée par un opioïde faible type tramadol (mixte, à la fois antihyperalgésique et antinociceptif), un modulateur des contrôles descendants de la douleur, des voies sérotoninergiques ou noradrénergiques, comme un inhibiteur de la recapture de la sérotonine, ou un modulateur de la sensibilité périphérique, type carbamazépine. « Cette approche est plus conforme à la réalité de la douleur, pour un patient donné », estime-t-il.

La posologie et le rythme des prises sont fonction de l'objectif du patient, douloureux et/ou fonctionnel.

Dr Brigitte Blond
14/12/11

http://www.medscape.fr/rhumatologie/articles/1326991/;jsessionid=72EF6C2931B1B9F8A6ACECC1E8DE342C

Iatrogénie ?

Relation en survenue d'un cancer 5 après un chirurgie en lien avec la durée d'anesthésie au sevoflurane et un index bispectral inferieur à 45

L'article

Dans le numéro d'Octobre d'Anesthesia and Analgesia, Lindhom et l'équipe du Karolinska Institutet de Stockholm présentent le suivi d'une cohorte de 2792 patients ayant eu il y a plus de 5 ans une anesthésie générale entretenue au sévoflurane avec monitoring par l'index bispectral de l'EEG. Ces patients étaient extraits d'une population de 4945 patients initialement enrôlés dans une étude prospective destinée à évaluer l'influence du BIS sur l'incidence de mémorisation explicite [1].

Tous les patients analysés étaient supposés exempts de cancer au moment de la chirurgie initiale. L'apparition d'un cancer dans les 5 années qui ont suivi a été relevée à partir du registre national des cancers de Suède. L'analyse a consisté à exprimer le risque de développer un cancer selon la durée d'anesthésie et la durée de BIS < 45.

Dans les 5 années après la chirurgie initiale, 129 patients (4.3%) ont développé 136 cancers.

Parmi ces patients, 25% ont eu une anesthésie de moins de 1 h, et 25% de plus de 2h15.

25% ont eu un BIS < 45 pendant moins de 45 minutes et 25% ont eu un BIS < 45 pendant plus de 1h50 min. 6.4% d'entre eux ont eu une péridurale associée à l'AG.

Le risque de survenue de cancer n'était pas significativement augmenté ni avec la durée d'anesthésie, ni avec la durée de BIS < 45.

Commentaire

Depuis plusieurs années, quelques arguments expérimentaux et cliniques ont lancé le débat sur un rôle potentiel des agents de l'anesthésie sur la croissance ou la récurrence d'une pathologie maligne. Le mécanisme principal reposerait sur l'immuno-modulation et en particulier sur l'immunité cellulaire par les cellules NK sachant que le développement d'un cancer peut se définir comme un déséquilibre entre le potentiel de dissémination d'une tumeur et les mécanismes de défense de l'hôte.

In vitro, ont été décrits à la fois un effet bénéfique des halogénés inhibant la croissance tumorale pour certains types de cellules [2] et un effet néfaste sur la production d'IL1 ou TNF alpha en présence de cellules tumorales [3]. Cet effet était cependant quasiment identique entre 1,5 et 2, 5 MAC.

Un effet néfaste a également été montré avec le thiopental et la kétamine mais pas avec le propofol. Les morphiniques semblent avoir un effet délètère à la fois sur l'immunité cellulaire et (à plus long terme) sur la néoangiogénèse. Inversement

les anesthésiques locaux et les AINS pourraient avoir un effet protecteur [4]

En clinique, plusieurs études ont retrouvé une amélioration de la survie ou de la survie sans récidive clinique ou sans récidive biologique lorsqu'une ALR était associée à l'AG [5-8]. La plupart de ces études étaient rétrospectives non contrôlées et leurs résultats plus ou moins nets ce qui n'a permis à aucune étude de discriminer s'il s'agissait d'un effet propre des anesthésiques locaux, d'un allègement de l'anesthésie ou d'une erreur statistique de 1ère espèce.

Le débat sur la nocivité d'une anesthésie trop profonde s'inscrit dans ce contexte.

Une première étude publiée par Monk en 2005 [9] avait montré une liaison statistique entre la mortalité à un et deux ans après chirurgie et la durée de BIS bas. Dans cette étude qui a suscité beaucoup de polémique, la mortalité était plus élevée que la mortalité habituelle et la moitié des patients mourraient de l'évolution d'une pathologie maligne. Les auteurs en concluaient que l'anesthésie profonde pouvait influencer le devenir à long terme, par exemple en modulant l'immunité ou la réponse inflammatoire.

Quelques années plus tard, la série du Karolinska minimisait ce résultat en montrant que la liaision entre BIS et mortalité ne subsistait que pour les patients ayant au moment de la chirurgie un cancer de mauvais pronostic [10]. L'opposition de ces deux articles a été à l'époque signalée dans un « article du mois » sur le site de la SFAR SFAR (http://www.sfar.org/article/45/mortality-within-2-years-after-surgery-in-relation-to-low-intraoperative-bispectral-index-values-and-preexisting-malignant-disease)

Aujourd'hui, la même équipe conclut sur le même échantillon de patients que ceux qui n'avaient pas de cancer n'ont pas eu plus de risque d'en développer un après une anesthésie profonde ou de longue durée par rapport à une anesthésie titrée sur le BIS.

Cette étude souffre cependant de plusieurs limites. La première est l'absence totale d'analyse des raisons ayant conduit certains patients à avoir une anesthésie plus profonde (i.e. un BIS plus bas) que d'autres. En particulier, elle ne décrit pas du tout l'équilibre de l'anesthésie entre hypnotique, morphinique et ALR. Or, un effet néfaste d'une haute dose de sévoflurane peut être masqué par un effet bénéfique de la diminution des doses de morphinique.

Elle ne compare pas non plus l'évolution après entretien au sévoflurane avec celle après d'autres agents comme le propofol.

Le seul message à retenir de cette étude est donc que, si on a choisi d'entretenir l'anesthésie au sévoflurane, la titration sur le BIS ne permet pas de diminuer le risque ultérieur de développer un cancer. Elle ne justifie donc aujourd'hui ni le choix d'un agent anesthésique plutôt qu'un autre, ni la titration sur le BIS pour des raisons carcinologiques. Bien entendu ceci ne remet pas en question d'autres avantages potentiels de la titration sur le BIS en terme de réveil, de gestion des patients à risque ou de prévention des NVPO tels que résumés dans les RFE de la SFAR en 2009.

Références (voir le lien ci-dessous)
http://www.sfar.org/accueil/print_article.php?id_article=830

Commenté par le Dr Valérie BILLARD, Comité Scientifique de la SFAR

www.sfar.org - 6 Décembre 2011

Anesthésie loco-régionale

ALR et passage en SSPI

Ce que dit la SFAR

Le Comité Vie Professionnelle (CVP) de la SFAR a fait état de ses travaux en cours, notamment de celui concernant le passage en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) après anesthésie loco-régionale (ALR) périphérique *.

Il est évident qu'il ne s'agit que d'une réflexion interne, la SFAR devant aborder de manière scientifique toute question relative à l'exercice professionnel, mais ce n'est en aucun cas une recommandation.

En l'état actuel, il est clair que tout patient ayant bénéficié d'une anesthésie réalisée par un anesthésiste-réanimateur, qu'elle ait été générale ou loco-régionale, DOIT séjourner en SSPI. C'est plus qu'une recommandation, c'est une obligation règlementaire, qui engage la responsabilité du praticien. La durée de ce séjour ressort de l'appréciation du praticien.

Le texte en question ne disait rien d'autre, et ce communiqué n'est destiné qu'à éviter tout dérive en la matière.

Pr Claude Ecoffey, Président du Comité Vie professionnelle
Pr André Lienhart, ancien Président de la SFAR
Dr Laurent Jouffroy, Président de la SFAR

le 26 Décembre 2011
http://www.sfar.org/article/834/communique-de-la-sfar-du-26-decembre-2011

Quelle technique de bloc nerveux périphérique faut-il privilégier en ambulatoire ?

L'anesthésie par blocs nerveux périphériques, spécialement chez les patients ambulatoires, représente une des méthodes idéales pour traiter les douleurs post-opératoires. L'amélioration des résultats chez les patients est principalement liée à une grande flexibilité dans la durée et la profondeur de l'effet antalgique. Quand on compare le bloc nerveux périphérique continu à un bloc nerveux périphérique réalisé avec une seule injection, les bénéfices de cette première technique sont importants à la fois pour le patient, le chirurgien et la structure hospitalière. Une méta-analyse de 19 essais randomisés contrôlés incluant 603 patients a utilisé une échelle visuelle analogique comme critère principal et secondaire pour juger de la nécessité d'ajouter des opioïdes en post-opératoire et d'évaluer les complications dues aux techniques analgésiques. Cette méta-analyse a clairement montré l'existence d'un meilleur effet analgésique du bloc nerveux périphérique continu, et ceci au niveau de tous les sites anatomiques, et une amélioration nette des différents scores de douleur. L'utilisation de l'échographie lors du bloc périphérique nerveux continu a contribué à faciliter la réalisation de cette technique, à diminuer les risques de lésions vasculaires ainsi qu'à diminuer les douleurs liées à la procédure, comparée à la technique antérieure utilisant un cathéter de stimulation.

Dr Thierry Grivel
www.jim.fr - Publié le 03/01/2012

Salinas FV. A continuous regional catheter is ideal to treat postoperative pain in outpatients. American Society of Anesthesiologists (ASA) Annual meeting (Chicago) : 15-19 octobre 2011.

Commercialisation et pénurie

Pénurie médicamenteuse : un problème grave en anesthésiologie

Les pénuries en médicaments ne sont pas des situations nouvelles, mais elles sont devenues un problème de plus en plus important au cours de cette dernière décennie. Elles concernent tout particulièrement les anesthésistes, car il y a beaucoup plus de produits agissant sur le système nerveux central dans cette situation de pénurie que parmi toutes les autres classes médicamenteuses. Selon la Food And Drug Administration (FDA), il y avait 178 médicaments qui présentaient un problème d'approvisionnement en 2010. A la date du 31 Août 2011, environ 200 médicaments se trouvaient en situation de pénurie, dont 34 concernant le système nerveux central.

Ces pénuries entrainent de graves conséquences pour les anesthésistes, notamment en termes de risques d'annulation ou de retard de mise en place de traitements médicaux, de complications dues à la substitution d'une drogue manquante par une autre et potentiellement de risque de décès. Une enquête réalisée en avril 2011 auprès de 1 373 membres de l'association américaine d'anesthésie (ASA) a montré que 90,4 % des répondants ont noté une pénurie d'au moins 1 médicament, et que 98 % avaient dû subir un problème de pénurie lors des 12 derniers mois. Cette enquête a également montré que la pénurie en médicaments conduit à une diminution des effets bénéfiques des traitements chez les patients (nausées et vomissements post-opératoires par exemple) dans 49,2 % des cas. Cette pénurie résulte également en une augmentation du temps de présence des patients en salle de réveil dans 49,1 % des cas, ceci entrainant une augmentation des coûts à la fois pour les patients et pour le système de soins dans sa globalité. Selon les répondants de cette enquête, les produits les plus fréquemment en situation de pénurie ou en manque d'approvisionnement dans les dernières années ont été le Propofol (pour 88 % des répondants), le Succinylcholine (80 %), la Néostigmine (52 %) et l'Epinéphrine (17 %). La pénurie de Propofol (produit le plus souvent utilisé aux Etats-Unis pour induire l'anesthésie et produire une sédation pour des procédures diagnostic ou thérapeutique) a résulté en une augmentation de la prescription d'autres agents d'induction conduisant ainsi à de multiples pénuries, survenant de manière simultanée et non anticipée. Pour alléger cette pénurie de Propofol, l'ASA a travaillé avec la FDA afin de permettre l'importation d'une formulation européenne de ce médicament. Cette action rapide a permis d'améliorer très rapidement la situation dans de nombreuses régions des Etats-Unis.

Dr Thierry Grivel
www.jim.fr -Publié le 03/01/2012

Berry AJ. Drug Shortages. American Society of Anesthesiologists (ASA) Annual meeting (Chicago) : 15-19 octobre 2011.

http://www.jim.fr/en_direct/congres/e-docs/00/01/F8/05/document_actu_con.phtml

Ambulatoire

La HAS et l'Anap coopèrent pour développer la chirurgie ambulatoire en France

La Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) viennent d'annoncer le lancement d'un programme d'actions communes pour développer la chirurgie ambulatoire. « Seulement 37 % des interventions chirurgicales en France se pratiquent en ambulatoire, contre 83 % aux USA et 70% dans les pays du Nord de l'Europe », ont rappelé les deux organismes dans un communiqué commun, précisant que « malgré une prise de conscience partagée par tous et des avantages reconnus de ce mode de prise en charge, la progression du taux national est modeste sur ces deux dernières décennies ».

Dans une note d'orientation, la HAS et l'Anap précisent « les conditions de développement de la chirurgie ambulatoire par la mise en oeuvre d'une stratégie commune (...), en phase avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et le programme pluriannuel de gestion du risque des agences régionales de santé (ARS) ».

Cette coopération s'organise autour de six axes de travail.

- Le premier axe vise à construire un socle des connaissances à partir des données publiées, mis à disposition des professionnels. Il comprendra une description des différentes modalités d'organisation, une analyse des bénéfices/risques pour les patients et les professionnels ainsi qu'un point sur les réglementations et les modalités actuelles de financement.
- Le deuxième axe doit mettre au point les « critères de sélection/ éligibilité » des patients, sachant que ces critères ont déjà fait l'objet d'une actualisation en 2009 par la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar).
- Un autre axe porte sur la « dimension organisationnelle ». Les résultats d'une analyse du risque organisationnel à partir d'un échantillon de cinq établissements et d'un « benchmark ciblé » sur 15 établissements pionniers en chirurgie ambulatoire devraient être dévoilés d'ici la fin du premier semestre 2012. Par la suite, vingt structures volontaires seront accompagnées pour faire progresser leur taux de chirurgie ambulatoire ainsi que quatre ARS pilotes ayant un faible taux régional. Les deux partenaires devront également mettre au point des outils, guides et recommandations aboutissant à des modèles de schémas organisationnels, de chemins cliniques et de « check-list ».
- Le quatrième axe concernera la dimension économique afin de « mieux mesurer les conditions d'équilibre économique des établissements développant la chirurgie ambulatoire par une approche recettes/coûts de production ».
- Le cinquième axe porte sur la construction d'un socle commun et limité d'indicateurs afin d'assurer le suivi et l'évaluation de la chirurgie ambulatoire.
- Enfin, la HAS et l'Anap envisagent de faire évoluer les référentiels de certification dans les quatre à cinq ans à venir.

Amandine Ceccaldi
www.jim.fr - 26/12/2011

http://www.jim.fr/en_direct/pro_societe/e-docs/00/01/F7/5D/document_actu_pro.phtml

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1166746/chirurgie-ambulatoire-outils-daide-au-developpement-note-d-orientation

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/chir_ambu_note_d_orientation_2212_2011.pdf

AP-HP : Optimiser les blocs

Blocs opératoires : l'émulation par la certification et le benchmarking interne

A l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, la semaine de la sécurité des patients qui s'est tenue du 21 au 25 novembre 2011 a préparé les équipes au lancement d'une opération de plus grande ampleur « Fenêtre sur blocs » qui se déroulera au printemps prochain. Ces deux actions offrent un bel exemple d'une communication externe venant en appui à une émulation interne. En l'occurrence la démarche «standard sécurité AP-HP» appliquée aux interventions chirurgicales pratiquées chaque année sur 200 000 patients. L'institution désire en effet impulser une dynamique collective d'excellence dans ses 88 blocs opératoires en mettant à profit la richesse des expériences conduites au sein de ses nombreux services. Plus de 6 000 personnels sont concernés : 3 000 chirurgiens et 1 000 médecins anesthésistes réanimateurs, 132 cadres, 620 infirmiers anesthésistes, 460 infirmiers de bloc opératoire, 676 aides-soignants, …

Emblématique de l'hôpital et peu connu du public, le bloc opératoire est un haut lieu d'expertise humaine et de haute technicité, où rigueur et coordination conditionnent, au quotidien, la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Pour diffuser les meilleures pratiques l'AP-HP a décidé de déployer progressivement des méthodes d'évaluation et d'analyse communes.

Anticipant les exigences de la certification V2010 qui a défini « des pratiques exigibles prioritaires » (PEP) pour les blocs opératoires allant de la définition et mise en place d'une organisation générale au suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, l'AP-HP a depuis 2009 instauré une dynamique d'évaluation annuelle des pratiques. En 2010, le score moyen des PEP blocs opératoires pour les 20 établissements de l'AP-HP concernés était de 77%.

Pour accompagner l'adoption de ces nouvelles procédures, un groupe projet a été constitué « Optimisation de l'organisation des blocs opératoires ». Il est animé par le Pr François Haab, urologue à l'hôpital Tenon. Avec l'appui des conseils de bloc, le groupe vérifie que l'ensemble des sites opératoires sont en conformité sur 3 pratiques exigibles prioritaires à savoir :

- le respect d'une check list à énoncer à haute voix et à renseigner systématiquement par l'équipe avant toute opération. Une récente étude a montré que ce document n'est pas utilisé de manière optimale. Pourtant son efficacité n'est plus à démontrer car il a été prouvé que grâce à elle morbimortalité opératoire était réduite de 30%. Pour obliger les chirurgiens à utiliser cette liste de contrôle, les infirmiers de bloc l'hôpital européen Georges-Pompidou (Hôpitaux Universitaires Paris Ouest) appliquent la règle imparable « pas de check-list, pas de bistouri », qui consiste à refuser de donner le bistouri au chirurgien si la check-list n'a pas été renseignée dans les règles de l'art.

L'AP-HP a également décidé de présenter au Conseils de surveillance où siègent deux représentants des usagers, les indicateurs de conformité de réalisation de la check-list. Ces

données seront publiées en ligne sur le site de l'AP-HP.

Autres actions clés :
- la production de taux d'infections des sites opératoires pour des actes traceurs dans tous les services ayant une activité chirurgicale,
- l'amélioration de la traçabilité et l'évaluation des évènements indésirables survenus au bloc. Dans ce domaine aussi des marges de progression existent, 83% des 24 services d'anesthésie-réanimation et seulement 64% des 103 services de chirurgie réalisent des revues de morbi-mortalité.

Le groupe doit aussi booster la performance des blocs opératoires vers un taux cible de 90% de taux d'ouverture et de 85% de taux d'occupation.

Pour augmenter leur activité, les services parisiens pourront s'inspirer de l'initiative de l'hôpital Bicêtre qui a organisé un séminaire « blocs opératoires » en novembre 2010 réunissant l'ensemble des acteurs concernés : chirurgiens des différentes spécialités, médecins anesthésistes, paramédicaux ainsi que la Coordonnatrice générale des soins. L'objectif était de développer l'offre en vacations opératoires et favoriser la coordination interne entre les différents acteurs. Ce séminaire a permis un temps de concertation constructif qui a entériné le passage de 35 à 45 vacations opératoires par semaine. Un travail a également été mené en parallèle avec l'équipe de la stérilisation. Un an après, l'activité opératoire a considérablement augmenté sur le site pour mieux répondre aux besoins du territoire. Pour assurer un suivi de l'activité et opérer si besoin des réajustements immédiats, des temps de concertation sont organisés tous les 15 jours avec le binôme chirurgien-anesthésiste qui assure la coordination du bloc et la Coordonnatrice générale des soins qui porte le projet au sein du groupe hospitalier.

Les blocs opératoires de l'AP-HP en chiffres

Plus de 200 000 patients sont opérés chaque année dont 40 000 patients dans le cadre d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire
88 blocs opératoires, avec plus de 300 salles d'opération
Près de 3000 chirurgiens et 1000 médecins anesthésistes réanimateurs, 620 IADE, 460 IBODE, 676 aides-soignants, 132 cadres…
Coût annuel d'une salle de bloc : de l'ordre de 800 000 €
Coût de fonctionnement annuel des blocs : 250 M€ (61% de charges de personnel ; 27% de fournitures médicales)

Yann Gombert,
Direction Déléguée à la Communication.

lundi 05 décembre 2011

http://www.reseau-chu.org/les-articles/article/article/blocs-operatoires-lemulation-par-la-certification-et-le-benchmarking-interne/

Matériovigilance

Oxygénateurs et packs de CEC contenant des oxygénateurs - Sorin Group - Information de sécurité

L'Afssaps a été informée de la mise en œuvre d'une action de sécurité effectuée par la société Sorin Group. Les utilisateurs concernés ont reçu le courrier ci-joint :

(55 ko).

Sorin Group Italia, a reçu des réclamations clients portant sur une fuite entre les compartiments réservés au sang et à l'eau de l'échangeur thermique utilisé dans les oxygénateurs listés ci-dessus. La fréquence de survenue est très faible (inférieure à 0,002 %). A ce jour, aucun événement indésirable grave n'a été rapporté pour les patients.

En cas de fuite entre les compartiments réservés au sang et à l'eau, une infection et/ou une altération du sang est susceptible de se produire. L'eau de l'échangeur thermique utilisée pour la procédure risque alors d'être contaminée.

Nos investigations ont révélé qu'un contact prolongé avec du chlorure de sodium (NaCl) risquait de provoquer des micro-trous dans l'échangeur thermique des oxygénateurs listés. Le chlorure de sodium (NaCl) est généralement utilisé dans les solutions de remplissage.

Pour minimiser ces risques, le manuel d'utilisation des oxygénateurs a été mis à jour, avec les recommandations suivantes de remplissage de nos dispositifs :

ATTENTION :

- Réduire au minimum la durée de contact du dispositif avec les solutions de remplissage.
  Au-delà de 24 heures, une fuite entre les compartiments de sang et d'eau de l'échangeur thermique peut se produire.
- Une fuite entre les compartiments de sang et d'eau de l'échangeur thermique risque d'infecter/endommager le sang.
  Notre base de données indique que vous avez reçu des produits concernés. En accord avec l'AFSSAPS, ce courrier de mise à jour devra être transmis à toutes les personnes impliquées dans l'utilisation de ces produits.
  Nous vous remercions d'accuser réception de cette lettre et de nous retourner l'annexe dûment complétée par fax au 01 46 01 89 90.
  Pour toute question relative à cette information, n'hésitez pas à contacter votre représentant local Sorin Group France, ou bien contactez Sorin Group France au 01 46 01 89 52.
  Sorin Group s'engage à fournir des produits et des services de qualité à ses clients. Nous vous remercions de votre coopération et vous prions de bien vouloir nous excuser pour la gêne occasionnée.

Vincenzo SILVESTRI Manager QA Industrial Sorin Group Italia
Annexe jointe : Formulaire d'accusé réception
Béatrice PETZOLD
Responsable Affaires Réglementaires Sorin Group France

http://www.afssaps.fr//Infos-de-securite/Autres-mesures-de-securite/Oxygenateurs-et-packs-de-CEC-contenant-des-oxygenateurs-Sorin-Group-Information-de-securite

---

Retrait du défibrillateur automatique le plus vendu en France : quid des autres ?

Paris, France - L'Afssaps et la société Schiller, qui commercialise le défibrillateur externe FRED® Easy, viennent de décider conjointement de retirer l'appareil du marché. Le communiqué de l'Afssaps qui livre cette information recommande aux utilisateurs de « privilégier des solutions alternatives » [1 <http://m.theheart.org/article/1324755.do#bib_1>].

Après une première phase, durant laquelle des défibrillateurs automatiques ont été placés un peu partout en France - en principe, dans les lieux où s'est produit un arrêt cardiaque dans les 5 années précédentes - voici donc venir le temps des ajustements. Le retrait du FRED® Easy pose en effet au moins deux questions.

Quelles garanties offrent les autres marques ? Quelle est la valeur du marquage CE requis pour leur commercialisation ?

D'abord, la question des appareils eux-mêmes. Le modèle est certes retiré du marché, mais les appareils déjà commercialisés restent en place. Or, il s'agit du défibrillateur externe le plus vendu en France, avec quelques 29 000 appareils en service.

Ensuite, la question plus générale de l'agrément des défibrillateurs, et de leur surveillance. La société franco-germano-suisse Schiller n'est peut-être pas la moins sérieuse du marché. Quelles garanties offrent les autres marques ? Quelle est la valeur du marquage CE, requis pour leur commercialisation ?

Des dysfonctionnements logiciels

La fin de la commercialisation du FRED® Easy fait suite à une succession de dysfonctionnements, se traduisant par l'apparition aléatoire et sans raison apparente d'un message bloquant et persistant, relatif à un défaut de connexion des électrodes.

« Ce message a entrainé un retard dans la prise en charge du patient, et a constitué une perte de chance dans plusieurs cas », indique le communiqué de l'Afssaps, qui ajoute que « les mesures prises par la société Schiller, notamment sur les électrodes, n'ont pas permis à ce jour d'empêcher la survenue de ce type d'incident. »

Ce message a entrainé un retard dans la prise en charge du patient, et a constitué une perte de chance dans plusieurs cas — Afssaps

Contacté par heartwire, le Dr Gilbert Leclerq (Samu 93), expert extérieur auprès de l'Afssaps sur cette question, précise que la recherche des causes des incidents s'est d'abord focalisée sur les électrodes, mais que leur modification n'a pas résolu le problème. « C'est donc le système décisionnel qui est à revoir », souligne-t-il. Et en attendant, « il est recommandé aux utilisateurs d'avoir un autre appareil disponible à proximité. »

S'agissant du FRED® Easy, la disponibilité d'un autre appareil est effectivement envisageable. « La plupart des défibrillateurs FRED® Easy sont installés dans un milieu sécurisé », indique le Dr Leclerq, généralement des SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours), autrement dit les pompiers. « Si ce type de problème avait été constaté pour un appareil très diffusé dans le public, nous aurions été beaucoup plus embarrassés. »

On n'a aucune idée de l'étendue du problème

Le raisonnement est toutefois à double tranchant. C'est en effet en milieu sécurisé qu'un dysfonctionnement a le plus de chances d'être correctement géré. Mais c'est aussi là qu'il a le plus de chances d'être signalé s'il se produit. En d'autres termes, le défibrillateur FRED® Easy comporte certainement des défauts de conception qui lui sont propres. Mais sa diffusion à la fois large, et dans des milieux professionnels, a évidemment favorisé les signalements par rapports à d'autres défibrillateurs. « Le défibrillateur FRED® Easy constitue le plus gros parc installé en France, et le nombre d'incidents signalés tient en partie à la bonne surveillance de ce parc », note le Dr Leclerq. Quid des autres défibrillateurs, donc ?

En matière d'incidents, la règle est la sous-déclaration. Et parmi les incidents déclarés, seule une fraction sera retenue. « Dans les signalements, on trouve tout et n'importe quoi », note le Dr Leclerq, « Des électrodes simplement desséchées parce qu'elles ont été stockées trop longtemps dans un véhicule en plein été, seront signalées. Mais si on ne retrouve pas lesdites électrodes, parce qu'elles ont été jetées, le cas n'est pas comptabilisé. En pratique, ne sont comptabilisés parmi les dysfonctionnements que les comportements erronés de l'appareil pouvant être constatés après coup. »

A cela s'ajoute un changement d'optique, intervenu depuis un an ou deux, sur la gravité des dysfonctionnements. « Auparavant, l'exigence était que les appareils ne soient pas dangereux. A présent, on considère de plus en plus comme dysfonctionnement grave la non-délivrance d'un choc en cas de rythme choquable », explique le Dr Leclerq.

Auparavant, l'exigence était que les appareils ne soient pas dangereux. A présent, on considère de plus en plus comme dysfonctionnement grave la non-délivrance d'un choc en cas de rythme choquable - Dr Gilbert Leclerq (Samu 93)

En matière de dysfonctionnements et de signalement, rien n'est donc précisément codifié. Et le problème est qu'aujourd'hui, à la question de la fréquence des dysfonctionnements graves des défibrillateurs externes, personne n'est capable de répondre précisément, ni en France ni ailleurs.

Faut-il relever les exigences ?

L'an dernier, la FDA s'était elle aussi inquiétée de la fréquence des dysfonctionnements des défibrillateurs externes <http://m.theheart.org/viewDocument.do?document=http%3A%2F%2Fwww.theheart.org%2Farticle%2F1163379.do> , toutes marques confondues, en mettant notamment en cause la qualité des composants. « De nombreux débats ont eu lieu aux Etats-Unis, où certains experts ont demandé le classement des défibrillateurs externes parmi les produits de classe 3, dont l'agrément implique des essais randomisés montrant l'efficacité », rapporte le Dr Leclerq. « Le problème est que de tels essais sont extrêmement difficiles à mener dans l'arrêt cardiaque. »

En France, l'autorisation des défibrillateurs est conditionnée à l'obtention du marquage CE - « soit pas grand-chose sur le plan des contrôles », note le Dr Leclerq. « Il suffit au fabricant de démontrer que l'appareil n'a pas d'effet délétère, comme des courants de fuite, etc… ».

Faut-il relever le niveau d'exigence pour le marquage CE, comme le demande par exemple l'European Society of Cardiology pour tous les dipositifs médicaux <http://m.theheart.org/viewDocument.do?document=http%3A%2F%2Fwww.theheart.org%2Ffr%2Fpodcast%2Fvideo%2Finterview-minute%2Ffautil%97durcir%97l-obtention-du-marquage-ce-pour-les-dispositifs-medicaux.do> ? Il ne s'agit évidemment pas de freiner la diffusion des défibrillateurs automatiques externes, engagés depuis quelques années, mais d'encadrer ce mouvement, pour que des appareils-qui ont un coût -soient in fine utiles.

Le recensement des appareils, et leur géolocalisation, engagé par l'association ARLOD <http://m.theheart.org/viewDocument.do?document=http%3A%2F%2Fwww.theheart.org%2Ffr%2Fpodcast%2Fvideo%2Finterview-minute%2Fgeolocalisation-des-defibrillateurs-automatiques.do> , est un bon exemple de ce qu'il est possible de faire - et il est au passage incroyable qu'il ait fallu qu'une association 1901 se constitue pour assurer ce service minimum et de bon sens. Côté matériel, des mesures simples pourraient être prises immédiatement. Le Dr Leclerq relève par exemple la disparité des messages vocaux diffusés par les différents défibrillateurs commercialisés en France.

Après une première vague d'installations, peut-être un peu sauvages parce que la France avait trop attendu dans ce domaine, on en est donc aujourd'hui à rechercher des modalités de régulation adéquates. Elles ne sont certainement pas évidentes à trouver, puisqu'il faut améliorer la sécurité sans enrayer un mouvement d'installation qui doit se poursuivre, et sans induire de surcoût malvenu ces temps-ci. Le retrait du FRED® Easy sera peut°être le facteur déclenchant d'une réflexion nécessaire.

Le Dr Gilbert Leclerq
déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en rapport avec ce sujet.
www.theheart.org.

Référence
Information de sécurité concernant les défibrillateurs FRED Easy de la société Schiller Medical SAS <http://m.theheart.org/viewDocument.do?document=http%3A%2F%2Fwww.afssaps.fr%2FInfos-de-securite%2FAutres-mesures-de-securite%2FDefibrillateur-automatise-externe-Fred-Easy-Schiller-Medical-SAS-Information-de-securite%2F%28language%29%2Ffre-FR> . Communiqué de la Direction de l'Evaluation des Dispositifs Medicaux de l'Afssaps du 23 novembre 2011.

http://m.theheart.org/article/1324755.doc

Réanimation

Échec de l'extubation en réanimation : un mauvais signe

En réanimation, l'échec d'une extubation est un évènement péjoratif. Cependant, l'impact de la réintubation ou le rôle de la maladie sous-jacente demeurent mal définis. Des chercheurs ont mené cette étude afin d'évaluer les conséquences d'un échec de l'extubation, que celle-ci ait été planifiée ou imprévue, sur l'évolution des patients, tout en essayant d'identifier plus précisément les groupes de malades à risque.

Ce travail est prospectif et a duré un an avec pour cadre une unité médicale de soins intensifs de 13 lits d'un hôpital universitaire.

Au total, pendant cette période, 340 patients consécutifs ont nécessité une ventilation mécanique invasive et ont été suivis jusqu'à la sortie ou leur mort. Parmi ces patients, 135 n'ont pas satisfait aux critères prédéfinis de sevrage et n'ont pas été extubés (132 sont décédés et 3 ont été transférés intubés dans une autre unité).

Sur les 168 extubations planifiées, 26 (15 %) ont échoué. Les patients ultérieurement réintubés n'ont pas des scores de gravité plus importants que les patients extubés avec succès. Ils ont également des durées de ventilation mécanique et des valeurs des gaz du sang similaires. Le taux d'échec d'extubation est statistiquement semblable que la tentative d'extubation s'effectue de façon précoce (chez les malades ventilés moins de 3 jours, 10 % d'échec) ou plus tardivement (18 % d'échec en cas de durée de ventilation > 72 heures) (p=0,26).

Parmi ces 26 patients, sept (27 %) développent une pneumonie après la réintubation et 13 (50 %) décèdent. L'âge et les maladies sous-jacentes ont été les seuls facteurs associés à un échec de l'extubation : 34 % des patients de plus de 65 ans et présentant une pathologie cardiaque ou respiratoire chronique doivent être réintubés contre seulement 9 % des autres patients (p <0,01).

Une extubation imprévue est survenue chez 31 malades soit 9 % de l'ensemble du groupe et 16 % des extubations. Parmi ces malades, 21 sont des auto-extubations délibérées et 10 des extubations accidentelles. Une réintubation a été nécessaire pour 20 patients (48 %). La position du tube endotrachéal est apparue comme un facteur de risque significatif de ces extubations imprévues (extrémité de la sonde d'intubation à plus de 5,6 cm en moyenne au dessus de la carène).

Globalement, l'échec de l'extubation, qu'elle soit planifiée ou non, est associée à une dégradation rapide du score de défaillance d'organes (score SOFA) : il passe de 3,4 (+/-2,9) à 4,7 (+/- 3,4) après une extubation prévue et de 5,2 (+/- 2,1) à 7,0 (+/-2,5) après une extubation imprévue.

Ce travail a donc permis l'identification d'un groupe de patients à risque d'échec de l'extubation : il s'agit des malades de plus de 65 ans souffrant d'une pathologie cardiaque ou respiratoire chronique. Cet évènement aggrave considérablement le pronostic avec une détérioration clinique marquée et une mortalité de 50 %. Ceci suggère une contribution directe et négative de la réintubation sur l'évolution.

Dr Béatrice Jourdain
www.jim.fr - Publié le 21/12/2011

Thille A et coll. : Outcomes of extubation failure in medical intensive care unit Patients. Crit Care Med 2011; 39:2612-2618

http://www.jim.fr/en_direct/actualites/e-docs/00/01/F7/1B/document_actu_med.phtml

On dort mieux avec la NAVA en réa !

La qualité du sommeil des patients en réanimation est mauvaise, avec une fragmentation du sommeil, une diminution de la phase de sommeil paradoxal et une redistribution des temps de sommeil durant la période diurne. Si le bruit semble une cause évidente, il ne rendrait compte que de 20 % des

perturbations du sommeil dans ce contexte. La ventilation mécanique apparaît comme une autre source d'altération de la qualité et de la quantité de sommeil chez les patients en soins intensifs. Le sommeil est en effet affecté par l'asynchronisme fréquent entre le patient et son ventilateur. Une meilleure adéquation de la machine avec une réponse rapide du ventilateur aux demandes du patient serait à cet égard importante.

L'objectif de cette étude a été de comparer l'impact de deux modes de ventilation sur l'architecture du sommeil. Il s'agit d'un essai prospectif et comparatif mené sur des patients adultes, conscients et sans sédation. Ces malades étaient en phase de sevrage de ventilation mécanique. Ils ont été ventilés successivement et dans un ordre aléatoire par le mode NAVA (Neurally Adjusted Ventilatory Assist : ventilation ajustée à la demande neuronale) ou par un mode plus classique en aide inspiratoire (PSV). Dans le mode NAVA, le malade déclenche le ventilateur avec l'activité EMG de son diaphragme recueillie par une fine sonde œsophagienne, avec en principe une meilleure synchronisation et une réponse plus rapide du ventilateur.

Pour chaque malade, un enregistrement polysomnographique a été réalisé au cours de quatre périodes de 4 heures, deux au cours de chaque mode de ventilation. De plus, les tracés des débits, de la pression des voies aériennes, et de l'activité électrique du diaphragme ont été mesurés via l'interface du ventilateur, pour diagnostiquer les apnées centrales et les efforts inefficaces.

Quatorze malades, d'un âge moyen de 64 ans, ont été enrôlés dans l'étude (8 hommes et 6 femmes) ; ils avaient été ventilés pendant une durée moyenne 17 jours.

La proportion de sommeil paradoxal par rapport à la durée totale de sommeil est différente selon le mode ventilatoire : la médiane de pourcentage de sommeil paradoxal (sommeil REM) est de 4,5 % (3-11 %) en mode PSV contre 16,5 % (13-29 %) au cours d'une ventilation par NAVA ($p = 0,001$). L'indice de fragmentation est plus faible en mode NAVA avec 16 ± 9 éveils ou micro-éveils par heure contre 40 ± 20 au cours d'une ventilation PSV ($p = 0,001$). Selon le mode ventilatoire, il y a de grandes différences dans les efforts inefficaces (24 par heure de sommeil en PSV, et 0 durant les phases de ventilation en NAVA) ainsi que dans le nombre d'apnées centrales (10,5 vs 0 respectivement en PSV et en NAVA). Durant les périodes monitorées, la ventilation minute était similaire entre les deux modes, témoignant d'une qualité équivalente de ventilation globale.

En conclusion, le mode NAVA paraît améliorer la qualité du sommeil des malades de réanimation non sédatés en augmentant la durée de la phase paradoxale et en diminuant la fragmentation de leur sommeil.

Dr Béatrice Jourdain
www.jim.fr - Publié le 16/12/2011

Delisle S et coll. : Sleep quality in mechanically ventilated patients: comparison between NAVA and PSV modes. Annals of Intensive Care, 2011; 1: 42
http://www.jim.fr/medecin/21_anesthesie/e-docs/00/01/F6/C6/document_actu_med.phtml

---

Quelle sédation en cas de traumatisme crânien ?

Le choix et l'adaptation de la sédation pour les malades de réanimation est délicate, et plus particulièrement pour les patients souffrant d'un traumatisme crânien sévère : dans ces cas, il est impératif de préserver la perfusion cérébrale en évitant l'hypotension artérielle systémique, l'augmentation de la pression intracranienne tout en diminuant si possible la demande métabolique cérébrale et en permettant l'évaluation neurologique. De nombreux travaux se sont intéressés aux performances respectives des hypnotiques utilisés en soins intensifs.

Une revue récemment publiée a fait le point de ces essais sur les effets des drogues sédatives en terme de récupération neurologique, mortalité, et effets indésirables.

La sélection des études a été effectuée par une recherche sur PubMed, Medline, Embase, Google scolar et sur la base de données Cochrane. Les divers essais contrôlés et randomisés employant le propofol, la kétamine, l'étomidate, les benzodiazépines, les opiacés, les alpha-2 agonistes, et les différentes classes d'antipsychotiques ont été examinés. L'extraction des données et l'évaluation des qualités méthodologiques de chaque travail a été faite de façon indépendante par deux des auteurs.

Treize essais totalisant 380 patients et répondant aux critères d'inclusion ont été retenus. L'effet d'une sédation prolongée (> 24 heures) a été

abordé dans six études, alors que les conséquences de bolus, de perfusions courtes, ou du doublement de concentrations plasmatiques des médicaments ont été étudiées dans les autres essais. Six des études se sont déroulées en aveugle. La plupart des études ne décrivent pas les caractéristiques du traumatisme crânien initial ou les interventions chirurgicales réalisées ensuite.

Globalement, les données recueillies sont insuffisantes pour évaluer l'effet des sédatifs sur les performances neurologiques ou la mortalité. Les bolus d'opioïdes peuvent augmenter de façon transitoire la pression intracrânienne et diminuer la pression de perfusion cérébrale. Dans une des études sélectionnées, la perfusion prolongée de propofol réduisait la pression intracrânienne à J3 par comparaison à la morphine.

Les études comparatives entre propofol et midazolam ou entre kétamine et sufentanil n'ont mis en évidence aucune différence concernant la pression intracrânienne ou la pression de perfusion cérébrale entre ces différents produits.

Au total, cette revue systématique n'apporte pas d'élément définitif pour utiliser préférentiellement un sédatif dans la prise en charge d'un traumatisé crânien grave. Les bolus d'opioïdes, cependant, semblent être responsables d'effets potentiellement délétères sur la pression intracrânienne et sur la pression de perfusion cérébrale. D'autres essais, de qualité et de puissance suffisante, seront nécessaires afin de guider les choix des cliniciens.

Dr Béatrice Jourdain

ww.jim.fr - 07/12/11

Roberts J et coll : Sedation for critically ill adults with severe traumatic brain injury:
A systematic review of randomized controlled trials. Crit Care Med., 2011; 39: 2743-2751

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DKdediI_jgwJ:www.jim.fr/e-docs/00/01/F6/01/document_actu_med.phtml+Quelle+sédation+en+cas+de+traumatisme+crânien+grave+%3F&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=safari

Evènements indésirables graves en réanimation

Depuis quelques années, l'analyse des incidents graves survenant chez les malades hospitalisés est considérée comme faisant partie intégrante d'une démarche de qualité, démarche mise en œuvre dans les revues de morbi-mortalité notamment. Du fait de la multiplicité des techniques invasives et d'une polymédication, les patients admis en soins intensifs sont particulièrement exposés à un risque majoré d'événements indésirables.

L'objectif de cette étude était d'identifier les causes les plus fréquentes de complications survenant en soins intensifs.

Tous les incidents graves (IG) signalés sur une période de 90 mois dans une unité de soins intensifs (USI) pour adulte de 13 lits ont été examinés. La notification de ces incidents s'est effectuée via un système de déclaration volontaire et éventuellement anonyme (de façon électronique ou par un rapport manuel).

Les IG ont été classés dans les catégories suivantes : en rapport avec les équipements (problèmes liés aux différentes machines, méconnaissance ou erreur de manipulation de certains appareillages déconnection de tubulures . . .), avec l'administration (problèmes liés au manque de personnel ou de place), les produits pharmaceutiques (erreurs de prescription, d'administration, de conservation ou de stockage . . .), la pratique clinique (sont dans ce groupe l'apparition d'escarres, les manquements aux règles d'hygiène, en rapport avec la surveillance hémodynamique ou de la ventilation. . .), et les complications survenant après des chutes accidentelles ou lors des transports.

La répartition globale des incidents au sein de ces catégories a été comparée avec la base de données

régionale des services de soins intensifs dans la région du Cheshire et Mersey (nord de l'Angleterre) pour 2008.

Un total de 1 127 IG a été signalé pendant la période d'étude. La répartition selon chaque catégorie est la suivante : l'équipement est en cause 338 fois (30 %), la pratique clinique dans 257 cas (22,8 %), et les produits pharmaceutiques pour 238 IG (21,1 %). Des problèmes d'ordre administratifs sont quant à eux responsables de 213 IG (18,9 %) et les complications survenant à la suite de chute ou au cours d'un transfert dans 81 cas (7,2 %). Parmi les problèmes liés aux équipements, le plus fréquent résulte d'un appareillage défectueux (33,4 %) suivi par les accidents en rapport avec une utilisation incorrecte (21,3 %). Dans le groupe d'IG liés à la pratique clinique, le développement d'escarres représente la première complication (44,3 %). Concernant les traitements, c'est l'erreur de dosage qui est le plus souvent rapportée (25,2 %).

La base de données régionale objective une fréquence relativement similaire d'IG au sein des différentes catégories. Ceci suggère un schéma de distribution des évènements indésirables en soins intensifs dans lequel plus de deux tiers des évènements indésirables sont en rapport avec les équipements, la pratique clinique et les traitements. Une standardisation de la classification des IG devrait permettre des comparaisons plus générales et la mise en œuvre de stratégies préventives globales.

Dr Béatrice Jourdain
ww.jim.fr - 14/12/11

Welters I et coll. : Major sources of critical incidents in intensive care. Critical Care 2011, 15: R232

http://www.jim.fr/medecin/21_anesthesie/e-docs/00/01/F6/80/document_actu_med.phtml

Programme Hospitalier de Recherche en soins Infirmiers et Paramédicaux : une cadre de santé témoigne

Alors qu'il reste aux équipes moins d'un mois et demi pour répondre à l'appel d'offre du PHRIP 2012, retour sur une démarche de recherche infirmière, portant sur la prévention des risques d'infection nosocomiales en réanimation par les soins de bouche.

Cette année, l'appel d'offre du PHRIP a été publié dans une circulaire conjointe à l'ensemble des programmes de recherche hospitaliers. Les dossiers doivent parvenir à la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) avant le 20 janvier 2012. Lors du dernier Salon Infirmier, Cécile Bordenave, cadre de santé IADE en réanimation brûlés et en consultations d'anesthésie au CHU de Bordeaux, a présenté l'élaboration du projet de recherche qu'elle a coordonné, et l'intérêt que cela peut représenter pour la réflexion sur la pratique des soins, son amélioration, et le positionnement infirmier au sein de l'hôpital.
Quand un laboratoire a proposé à Cécile Bordenave un nouveau modèle de brosse à dents, la cadre de santé s'est aperçue que les pratiques de brossage n'étaient pas uniformes au sein de son unité, et étaient d'ailleurs diverses entre les différentes unités de réanimation du CHU. Un groupe de travail, comprenant infirmières, aides-soignantes, cadres de santé et médecins des six unités de réanimation de l'établissement, s'est alors constitué. Une infirmière hygiéniste a réalisé un audit des différentes pratiques, qui ont pu être comparées. Et un travail de recherche bibliographique a permis de découvrir qu'une étude européenne avait prouvé l'efficacité du brossage des dents et de l'usage de la Chlorexidine pour diminuer les risques de pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM), l'infection nosocomiale la plus répandue dans les services de réanimation. Le groupe de travail a ensuite élaboré un protocole permettant d'harmoniser la pratique des soins de bouche dans toutes les unités, d'élargir l'utilisation de la Chlorhexidine, et d'introduire le brossage des dents.

Un projet non sélectionné... mais riche d'enseignements !

Devant les difficultés rencontrées pour obtenir un financement pérenne pour l'achat du matériel nécessaire à la mise en œuvre de ce protocole, le groupe de travail s'est lancé dans l'aventure du PHRI. Un travail avec la DRCI (Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation) du CHU a permis d'élaborer un projet de recherche, visant à prouver qu'un protocole d'intensification des soins de bouches retarderait la colonisation des aspirations trachéales d'au moins deux jours par

rapport au protocole en cours.
Présenté à l'appel à projets pour le PHRI en 2010, le projet de recherche n'a pas été sélectionné, mais a retenu l'attention des évaluateurs. Ceux-ci ont conseillé à Cécile Bordenace, investigatrice principale, de veiller à harmoniser les méthodes d'évaluation des professionnelles, infirmières ou aide soignantes, chargées de réaliser les soins de bouche et de relever les données nécessaires à la recherche.
Remanié, le projet, a été présenté pour l'appel à projet du PHRIP de 2011 et n'a a nouveau pas été retenu, les critères d'évaluation semblant avoir évolué par rapport à l'année précédente. Malgré les déceptions inhérentes à cette non sélection, Cécile Bordenave a souligné l'intérêt de la démarche effectuée. « Cela nous a permis de nous tourner vers ce qui se faisait à l'extérieur et de l'intégrer à notre pratique. C'est également un moyen de faire reconnaître notre voix auprès des services économiques de l'établissement. Une recherche en prévention, si elle exige un investissement, permet à terme de limiter la durée d'hospitalisation et donc de limiter les coûts. » Sans oublier qu'outre le PHRIP, d'autres sources de financement existent pour soutenir la recherche infirmière, comme, par exemple, la dotation annuelle de la SFEDT (Société française d'étude et de traitement de la douleur).

Marie-Capucine Diss
www.espaceinfirmier.com -12/12/11

http://www.espaceinfirmier.com/actualites/detail/47345/phrip-une-cadre-de-sante-temoigne-.html

Gestion des voies aériennes en réanimation

Question 1 : Quelles sont les particularités de l'intubation trachéale en réanimation ?

Par ce qu'elle est réalisée chez des patients dont les réserves cardio-pulmonaires sont épuisées, dont la vacuité gastrique n'est pas toujours acquise et souvent dans le contexte de l'urgence, l'intubation trachéale en réanimation s'accompagne d'une morbi-mortalité bien plus importante que celle qui est rapportée dans les conditions du bloc opératoire [1 - 2]. L'intubation difficile en réanimation présente également des particularités :

1. aucune grande étude n'est disponible pour en préciser l'incidence mais il semblerait que sa fréquence soit bien plus élevée qu'au bloc opératoire de l'ordre d'environ 10 % [3] ;
2. l'intubation du patient critique est indispensable et on ne peut ni le réveiller ni différer le geste en cas d'intubation impossible ;
3. la recherche des facteurs de risque est probablement trop peu réalisée et parfois non réalisable (détresse neurologique, détresse respiratoire, non coopération,…) ;
4. les conséquences d'une intubation difficile non prévue sont à très haut risque de complications cardio-vasculaires ou respiratoires ;
5. le patient est le plus souvent à considérer comme ayant « l'estomac plein ».

Il n'existe pas d'algorithme propre au patient critique mais les algorithmes disponibles en anesthésie sont tout à fait transposables au patient critique en tenant compte de ses particularités.

Question 2 : Est-il possible de réduire la morbidité liée à l'intubation en réanimation ?

Néanmoins, les complications immédiates de l'intubation en réanimation ne sont pas une fatalité et peuvent être réduites de manière significative par l'application systématique d'une procédure standardisée [3], résumée dans le Tableau 1. Celle-ci comprend entre autres la réalisation systématique (en dehors des contre-indications classiques telles que l'arrêt circulatoire, traumatisme maxillo-facial, agitation avec refus de

la technique,…) d'une préoxygénation à l'aide de la ventilation non-invasive (VNI) dont la supériorité par rapport à la ventilation spontanée au masque a récemment été démontrée en terme de réduction des épisodes de désaturation et d'amélioration de la PaO2 post-intubation [4]. La balance bénéfice/ risque de la VNI en cas d'estomac plein sera évaluée au cas par cas et si elle est réalisée, des pressions d'insufflation faibles seront utilisées (5 - 8 cmH2O). L'utilisation systématique du capnographe dès la pré-oxygénation et de façon évidente après l'intubation orotrachéale pourrait éviter un grand nombre de complications hypoxiques chez le patient de réanimation en détectant de façon très précoce une intubation oesophagienne [2]. Le maintien de la stabilité hémodynamique sera assuré par une expansion volémique pré-intubation et le recours précoce aux agents vasopresseurs en cas de vasoplégie attestée par une pression artérielle diastolique basse (< 35mmHg). L'induction anesthésique associera un hypnotique peu cardio-dépresseur (étomidate ou kétamine) et un curare dépolarisant en l'absence de contre-indication. En effet, le patient de réanimation est plus exposé au risque de neuro-myopathie que le patient ambulatoire au bloc opératoire. En cas de facteur de risque (séjour prolongé, sepsis), la succinylcholine pourra être remplacée par le rocuronium à la dose de 4DE95 à la condition expresse de disposer de sugammadex permettant de reverser rapidement le bloc neuromusculaire en cas de nécessité. L'utilisation de lames de Macintosh métalliques à usage unique doit être préférée à celle de lames plastiques, moins chères mais conduisant à une proportion inacceptable d'échecs à la première laryngoscopie [5].

En cas d'intubation difficile prévue, l'intubation vigile sous fibroscopie reste, comme en anesthésie, le « gold standard ». Le maintien de la ventilation spontanée, du tonus pharyngo-laryngé et de l'oxygénation sont des pré-requis indispensables à sa réussite. En cas d'intubation difficile non prévue, le praticien doit pouvoir accéder sans délai au contenu d'un chariot d'intubation difficile, dédié à l'unité de réanimation. Outre des lames métalliques de différentes tailles, le chariot devra comprendre un mandrin souple type Eschmann ou Frova, des dispositifs d'oxygénation supra-glottiques de différentes tailles (masques laryngés n° 3, 4 et 5), un dispositif LMA-Fastrach®, un kit d'abord cricothyroïdien ainsi qu'un vidéolaryngoscope dont l'offre s'est récemment étoffée mais dont l'intérêt en réanimation [6] doit encore être confirmé par des études prospectives [7].

Question 3 :Les nouvelles sondes d'intubation apportent-elles un avantage significatif chez les patients de réanimation ?

Même si l'intubation orotrachéale permet une sécurisation « macroscopique » des voies aériennes, elle ne protège pas des micro-inhalations bronchiques, source des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM). Les nouveautés technologiques proposées combinent un nouveau ballonnet, plus fin, en polyuréthane dont l'étanchéité serait améliorée, une forme du ballonnet oblongue pour épouser au mieux la section trachéale tout en minimisant les lésions d'hyperpression sur la muqueuse et éventuellement un canal d'aspiration sous glottique qui permet l'aspiration des sécrétions localisées au dessus du ballonnet et inaccessibles aux soins de bouche. L'utilisation d'un dispositif automatique pour maintenir la pression du ballonnet entre 20 et 30 cmH2O semble prometteuse et doit encore être mieux évaluée [8]. En 2011,

1. l'utilisation isolée d'un ballonnet en polyuréthane a permis la diminution de l'incidence des pneumonies nosocomiales dans une seule étude en chirurgie cardiaque [9] ;
2. lla présence d'un canal d'aspiration sous glottique permet la diminution de l'incidence des pneumonies nosocomiales [10] et ces sondes seront probablement de plus en plus utilisées dans le futur [11] ;
3. son intérêt médico-économique dépend de l'incidence habituelle des pneumonies nosocomiales dans la réanimation concernée et du coût de la pneumonie (qui varie de 5000 à 40000 $ selon les études) ;
4. l'aspiration doit être prudente, un risque de lésion trachéale étant possible.

Il est donc envisageable de proposer l'utilisation de sondes avec canal d'aspiration sous-glottiques aux patients avec un séjour prévisible de plusieurs jours en réanimation et particulièrement à risque de développer une PAVM. Ceci nécessitera d'identifier localement cette population particulière et de mettre en place des protocoles de soins adaptés. Le changement systématique de la sonde

d'intubation en place au profit d'une sonde technologiquement plus sophistiquée n'est cependant recommandable au vu de la littérature existante.

Question 4 :Comment sécuriser la procédure d'extubation en réanimation ?

Tout comme l'intubation, l'extubation du patient de réanimation est une période à risque. Indépendamment d'une défaillance de la pompe ventilatoire ou cardiaque (hors du champ de ce chapitre) et qu'un protocole de sevrage ventilatoire aura pu détecter au mieux, l'extubation expose au risque de stridor laryngé dont la fréquence varie de 4 à 37 % [12]. Celui-ci peut devenir particulièrement problématique et conduire à la réintubation en urgence d'un patient hypoxémique dont la filière laryngée est rétrécie.

Le dépistage des patients à risque comprend la recherche des facteurs prédictifs de stridor laryngé [13] (sexe féminin, intubation en urgence / difficile / prolongée, pression du ballonnet trachéal supérieure à 30 cmH2O, sonde de diamètre trop important, agitation au réveil et extubation non programmée) et peut inclure la réalisation d'un test de fuite. Celui-ci consiste à analyser, après aspiration des sécrétions pharyngées et dégonflage du ballonnet trachéal, la différence entre volume courant inspiré et expiré en ventilation contrôlée. Si cette différence est supérieure à 12 %, le risque de stridor laryngé est faible [14] (sensibilité : 85 %, spécificité : 95 %, valeur prédictive négative : 98 %). En présence de facteur de risque de stridor et plus encore si le test de fuite est négatif (< 12 %), une corticothérapie préventive selon le protocole proposé par François et al. [13] (20 mg de méthylprednisolone 12 h avant l'extubation puis 20 mg toutes les 4 h jusqu'à l'extubation) pourrait prévenir l'œdème laryngé post-extubation.
En cas de stridor post-extubation avéré, le traitement inclut des aérosols d'adrénaline diluée (1 mg / 5 ml), une corticothérapie intraveineuse (méthylprednisolone IV, 0,5 – 1 mg/kg/24h) ainsi qu'une ré-intubation sans délai en cas d'inefficacité des manœuvres médicamenteuses. Des sondes de diamètre inférieur, un chariot d'intubation difficile ainsi qu'un kit d'abord cricothyroïdien doivent être immédiatement disponibles.

Question 5 : Trachéotomie en réanimation : quand, comment et pourquoi ?

Si la trachéotomie précoce (réalisée au cours de la première semaine de ventilation invasive) ne semble ni réduire la mortalité [15], ni l'incidence des PAVM [16] et inconstamment la durée de dépendance à la ventilation, elle pourrait avoir des effets bénéfiques sur la réhabilitation des patients en permettant de réduire la posologie des sédatifs utilisés, en abaissant l'incidence des épisodes d'agitation et en autorisant l'augmentation de la quantité de nutrition orale chez les patients trachéotomisés précocement. Dans le sous-groupe de patients ventilés plus de 4 jours après chirurgie cardiaque, une étude prospective randomisée confirme l'absence d'effet de la trachéotomie précoce sur la mortalité et les durées de ventilation et de séjour mais montre que la trachéotomie est associée à une diminution des quantités de médicaments de la sédation, de l'analgésie et de la confusion mentale en comparaison à l'intubation prolongée [17]. Pour certaines catégories de patients cependant (polytraumatisé ou cérébro-lésé), la trachéotomie précoce semble bénéfique en termes de durée de ventilation mécanique et de durée de séjour en réanimation. Elle constitue donc une recommandation de niveau II de l'Eastern Association for the Surgery of Trauma chez les cérébro-lésés et de niveau III chez les autres traumatisés [18]. Dans les autres catégories de patient, et en attendant les résultats d'études randomisées (TracMan, ISRCTN28588190) évaluant d'autres critères que la seule durée de ventilation, le choix de la trachéotomie précoce ne peut être recommandé de façon formelle. Ce choix devra être guidé par l'expérience acquise par les services de réanimation et les services d'aval et s'intégrer dans une stratégie globale de réhabilitation respiratoire précoce dont la trachéotomie ne constitue qu'une des facettes.

La littérature récente ainsi que trois méta-analyses [19 - 21] semblent indiquer que la trachéotomie percutanée soit supérieure à la trachéotomie chirurgicale sur au moins trois aspects. Le premier est la réduction des infections de l'orifice stomial (Odds ratio : 0,28 [0,16-0,49] ; p<0,0005). Celle-ci s'explique par la réduction de la dissection et de l'attrition tissulaire que permet la technique percutanée par rapport à l'abord chirurgical. Le deuxième aspect est la réduction du saignement, retrouvée de façon significative (Odds ratio : 0,29 [0,12-0,75] ; p<0,01) lorsque la trachéotomie percutanée est comparée à la trachéotomie chirurgicale réalisée au bloc opératoire. Dans ces mêmes conditions, la trachéotomie percutanée

pourrait enfin s'accompagner d'une réduction de la mortalité. La technique est économiquement rentable par rapport à la trachéotomie chirurgicale [22], et diminue les coûts de 456 $ en moyenne, notamment par ce qu'elle est de réalisation plus rapide et qu'elle ne nécessite pas de recours à l'équipe ni aux locaux du bloc opératoire. Pour ces mêmes raisons, elle est également plus sûre, en évitant le transport intra-hospitalier de patients critiques ventilés et facilite l'organisation du geste, s'affranchissant des contraintes du programme opératoire. Néanmoins, la méta analyse de Higgins [20], si elle met en exergue une cicatrisation cutanée de meilleure qualité (p=0,01), rapporte également une fréquence plus grande de déplacement et d'obstruction de canule après trachéotomie percutanée vs. chirurgicale (Odds ratio : 2,79 [1,29-6,03] ; p=0,009).

Tableau 1. Procédures d'intubation en Réanimation, modifié d'après [3]

Pré-intubation

1. Remplissage systématique hors contre-indications
   - (≥ 500 ml de cristalloïdes ou 250 ml de colloïdes)
2. Si collapsus marqué, introduction précoce des amines
   - (++ si pression artérielle diastolique < 35 mmHg)
3. Préoxygénation en VNI si patient hypoxémique
   - (FiO2= 1, Aide inspiratoire 5 < AI < 15cmH2O ; PEP= 5 cmH2O)
4. Présence systématique de 2 opérateurs
5. Préparation de la sédation et introduction immédiate après intubation

Per-intubation

6. Utilisation de lame métallique pour la laryngoscopie
7. Induction à Séquence Rapide (ISR) hors contre-indications

a. Hypnotique d'action rapide :
   - Etomidate : 0,3 à 0,5 mg/kg IVD (20 mg / 20 cc)
   - Ou Kétamine: 1,5 à 2 mg/kg IVD (250 mg / 10 cc soit 25 mg / cc)

b. Curare de l'ISR :
   - Succinylcholine 1 mg/kg IVD (1 amp = 100 mg dans 10 cc),
     (hors contre-indications : hyperkaliémie, lésion médullaire ou du motoneurone > 48ème h, Allergie connue, Brûlure grave > 48ème h).
   - Ou Rocuronium : 1,2 mg/kg IVD à préférer en cas de séjour prolongé en réanimation ou de facteur de risque de neuromyopathie

8. Manœuvre de Sellick (pression cricoïde), hors contre-indications

Post-intubation

9. Contrôle de la bonne position de la sonde par CAPNOGRAPHE (EtCO2)
10. Mise en route précoce des amines si collapsus marqué
11. Ventilation initiale "protectrice"
    Vt 6-7ml/kg, 10 < FR < 15 c/min, FiO2 pour SaO2 95-98%, Pplat < 30 cmH2O, PEP <5 cmH2O (à réadapter à distance).
12. Manœuvre de recrutement (sauf collapsus cardio-vasculaire) :
    CPAP 40cmH2O pendant 40s, FiO2 100%
13. Maintien de la pression du ballonnet de la sonde d'intubation entre 25 et 30 cmH2O.
14. Introduction de la sédation

Documents reliés :
pour consulter les notes de docuements
QFP_Airway en réanimation

Dr Julien POTTECHER
Pôle d'Anesthésie-Réanimation SAMU-SMUR
Nouvel Hôpital Civil, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
STRASBOURG

Dr Boris JUNG
Département d'Anesthésie-Réanimation
Centre Hospitalier Universitaire Saint Eloi
MONTPELLIER

Pr Pierre DIEMUNSCH
Pôle d'Anesthésie-Réanimation SAMU-SMUR
Hôpital de Hautepierre, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

www.sfar.org - 31 Décembre 2011
http://www.sfar.org/article/832/gestion-des-voies-aeriennes-en-reanimation

Prise en charge de l'anémie en réanimation

Question 1 : Quelle est la fréquence de l'anémie en réanimation ?

La fréquence de l'anémie dépend bien entendu de la définition choisie (c'est-à-dire du seuil d'hémoglobine [Hb] retenu pour le diagnostic positif) et de la population considérée.

La définition de l'anémie retenue par l'OMS est la suivante:

- Chez l'homme : Hb < 13 g/dl ;
- Chez la femme : Hb < 12 g/dl ;
- Chez la femme enceinte : Hb < 11 g/dl.

L'anémie est relativement fréquente, concernant près de 25 % de la population mondiale. Cette prévalence est plus importante dans les pays en voie de développement. En Europe, la fréquence de l'anémie est moins importante, mais reste élevée chez les femmes en âge de procréer et chez les femmes enceintes (avec des fréquences respectives de 19 et 25,1 %). Cette prévalence tend à augmenter avec l'âge (1). Ainsi, après 65 ans, l'anémie concerne plus de 10 % de la population, sans distinction de sexe (1).

A l'admission en réanimation, l'anémie est également fréquente. En effet, le taux d'Hb moyen est de 11 g/dl dans deux grandes études de cohortes (2, 3)et plus de 60 % des patients ont un taux d'Hb < 12 g/dl (3). Enfin, près d'un tiers des patients ont un taux d'Hb < 10 g/dl à l'admission en réanimation (2, 3). A la sortie de la réanimation, c'est plus de 80 % des patients qui sont anémiques (4). En outre, cette anémie persiste à distance, avec 50 % des patients qui restent anémiques à 6 mois de la sortie de réanimation et un délai médian de récupération de 11 semaines (Q1-Q3, 9-26) (5).

En outre, les taux d'Hb bas sont associés à une morbidité et une mortalité plus importante en réanimation (2, 3).

Question 2 : Quelle est la physiopathologie de l'anémie de réanimation ?

Cette physiopathologie repose sur deux facteurs principaux : l'inflammation et les spoliations sanguines (6-9).

L'inflammation est présente chez virtuellement tous les patients de réanimation. Elle a plusieurs conséquences sur l'érythropoïèse de ces patients (6, 10) :

- la durée de vie des globules rouges est diminuée, du fait d'altérations de la membrane, conduisant à une érythrophagocytose plus précoce (11).
- La réponse à l'anémie, en terme de synthèse d'érythropoïétine endogène, est altérée ; en outre, la réponse médullaire à l'érythropoïétine est également diminuée (12). C'est pourquoi les agents stimulants de l'érythropoïèse (ASE) ont été proposés (cf. ci-après).
- Il existe une altération du métabolisme du fer. L'inflammation induit en effet une hypoferrémie. Celle-ci est secondaire à l'induction de synthèse par l'IL-6 de l'hormone régulant le métabolisme du fer : l'hepcidine (9). Le fer est donc moins disponible pour l'érythropoïèse. Nous discuterons ci-après de l'intérêt du traitement martial dans ce contexte (13).

Parallèlement à l'inflammation, les patients de réanimation sont exposés à des pertes sanguines importantes (7, 8, 14). Ces pertes sont de plusieurs natures :

Les prélèvements sanguins représentent une perte d'environ 40 ml / jour. Des stratégies visant à réduire ces prélèvements permettent de limiter la transfusion des patients, et une attention particulière devrait être portée aux bilans sanguins réalisés en réanimation (15).

Il existe des pertes sanguines visibles (pose de cathéter, circuit d'épuration extra-rénal, drainages chirurgicaux, etc.) ou occultes (saignement digestif, hématomes…) qui peuvent représenter un volume important : 128 ml en médiane chez des patients anémiques (14).

Il est à noter que la fréquence des autres anémies carentielles (c'est-à-dire en folate et B12) est très faible chez les patients de réanimation, moins de 25 % des patients anémiques ont des taux de folate bas (14)

Question 3 : Quand et comment transfuser les patients de réanimation ?

La transfusion sanguine est fréquente chez les patients de réanimation, puisque 40 à 50 % des patients sont transfusés. Cette fréquence est même plus importante lorsque l'on ne considère que les patients ayant un séjour prolongé (plus de 70 % de transfusion pour une durée de séjour ≥ 2 semaines) (2, 3). Toutefois, le bénéfice de la transfusion n'est pas pleinement démontré et il existe des complications associées qui pourraient contrebalancer ce bénéfice théorique.

Ainsi, les données les plus récentes (16)et la dernière conférence de consensus sur la transfusion en réanimation (17)plaident pour des stratégies de transfusion plus restrictives :

- Actuellement, il n'est pas légitime de transfuser un patient au-dessus de 10 g/dl d'Hb ;
- Le seuil transfusionnel retenu pour des sujets sans comorbidité est de 7 g/dl ;
- Les seuils pour les patients ayant des comorbidités sévères, y compris un angor, s'échelonnent entre 8 et 9 g/dl.

Dans tous les cas, il convient de ne pas considérer uniquement le taux d'Hb, mais également la tolérance de l'anémie. Ainsi, l'indication de transfusion pourra reposer également sur une appréciation du transport en O2, par exemple en utilisant une mesure de la SvO2 comme proposé dans l'algorithme de Rivers et al (18). Des données sur le sujet devraient être prochainement disponibles, et permettront de préciser les indications de la transfusion.

Enfin, il est souhaitable de ne transfuser que le nombre de produits sanguins nécessaires, c'est-à-dire de transfuser les culots globulaires unité par unité (en dehors, bien entendu, des situations d'hémorragie massive). Le risque de complications augmente en effet pour chaque culot globulaire transfusé.

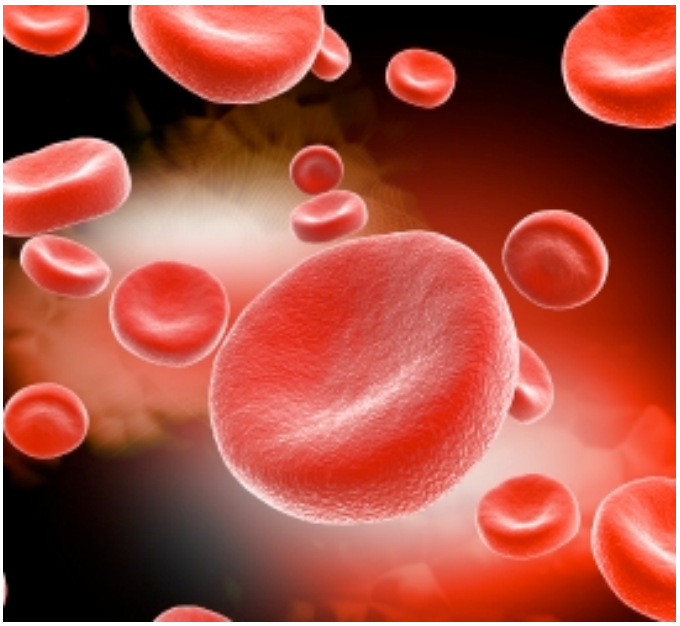
Question 4 : Quelle est la place de l'EPO et des agents stimulants de l'érythropoïèse (ASE) dans le traitement de l'anémie ?

L'intérêt de corriger le déficit relatif de synthèse endogène d'EPO a été évalué dans plusieurs études multicentriques, randomisées contre placebo dans le début des années 2000. Au total, plus de 3000 patients ont été inclus dans ces études (19-22), dont le principal objectif était de montrer un intérêt du traitement précoce par ASE (dans les 2-3 premiers jours de réanimation) pour la réduction de la transfusion (en pourcentage de patients et nombre d'unités transfusées). Ces études montrent un bénéfice très limité des ASE, avec une réduction modeste du nombre de patients transfusés (OR [IC95%] = 0,74 [0,64-0,84]) et du nombre d'unités (-0,41 [0,1-0,74] unités/patient) selon une méta-analyse récente (23). Compte tenu du bénéfice limité, du coût élevé et d'éventuels effets secondaires (thromboses), Il n'y a actuellement pas d'indication à traiter tous les patients par ASE pour réduire la transfusion.

La dernière étude en date (19)pose deux autres questions sur ces traitements. D'abord il existe une augmentation des accidents thromboemboliques dans le groupe traité, et une vigilance particulière pour la prévention de ces accidents semble nécessaire en cas de traitement par ASE. Ensuite, une analyse en sous-groupe, prévue a priori, montre une réduction de mortalité des patients polytraumatisés traités par ASE. Ces données méritent d'être vérifiées et explicitées (le rationnel pour cette amélioration de survie n'étant pas clair).

Si ces ASE ne sont pas recommandés pour l'ensemble des patients de réanimation, certains pourraient en bénéficier. En effet, ces traitements sont malgré tout efficaces en réanimation, et pourraient être proposés à des populations sélectionnées : patients polytraumatisés, hospitalisation prolongée, insuffisants rénaux, etc. En effet beaucoup de patients sont transfusés au décours de leur séjour en réanimation pour des

anémies persistantes. Il a été montré que les taux d'EPO endogène restent bas à distance de la sortie de réanimation chez pratiquement tous les patients anémiques (5). Des études devront être menées pour préciser ces indications.



Question 5 : Quelle place pour le traitement martial en réanimation ?

Comme nous l'avons vu, le métabolisme du fer est au centre de la physiopathologie de l'anémie de réanimation, par le biais d'une hypoferrémie secondaire à l'inflammation et/ou d'une carence martiale liée aux pertes sanguines. La meilleure connaissance du métabolisme du fer et de sa régulation par l'hepcidine, nous a permis de montrer que le fer peut être utilisable en présence d'inflammation (9).

Cependant le diagnostic de la carence martiale reste difficile en présence d'inflammation, il fait alors appel à des marqueurs biologiques spécifiques comme le récepteur soluble de la transferrine (élevé en cas de carence, seuils variable dépendant des kits de mesure), le pourcentage de globule rouge hypochrome (également augmenté en cas de carence, > 10%) ou le contenu réticulocytaire en Hb (abaissé, < 29 pg) (24). En utilisant ces marqueurs, on retrouve des prévalences de carence martiale autour de 40 % chez les patients de réanimation (25, 26).

Il existe très peu d'étude évaluant le bénéfice du traitement martial. On retiendra deux situations différentes :

- Il est légitime d'associer un traitement martial aux ASE, comme pour les insuffisants rénaux. Il a été montré chez des patients de réanimation recevant du fer IV, une réponse aux ASE plus importante (que dans les études n'utilisant que du fer oral ou pas de fer) (22).
- Une étude récente montrer l'intérêt d'une supplémentation orale (325 mg x 3 / jour) pour la réduction de la transfusion sanguine chez les patients ayant une carence martiale (26). L'intérêt du traitement IV n'a pas été étudié dans cette situation.

Ces données restent parcellaires et des études de confirmation sont nécessaires. Toutefois, le traitement martial semble peu toxique et possiblement bénéfique (13). En outre, le traitement de la carence martiale pourrait avoir un intérêt sur la récupération musculaire et la fatigue, indépendamment de la correction de l'anémie (27).

Dr Sigismond LASOCKI
Pôle Anesthésie Réanimation
CHU Angers
ANGERS
silasocki@chu-angers.fr.

www.sfar.org - 01 Janvier 2012

Documents reliés :

QFP_Anemie en réanimation

http://www.sfar.org/article/835/prise-en-charge-de-l-rsquo-anemie-en-reanimation

Arrêt thérapeutique et PMO

Résultats du questionnaire SRLF

Prélèvements d'organes chez les patients décédés après arrêts thérapeutiques (Maastricht III)

La procédure de prélèvement d'organes chez le patient donneur d'organes décédé (PODD) après arrêt cardiaque selon la procédure dite III de Maastricht (PODD MIII), c'est-à-dire après un arrêt des traitements est légale en France, mais n'a pas été développée jusqu'à présent par l'agence de biomédecine. Etant donné la pénurie de greffons, la stagnation des non-refus pour le don d'organe après mort encéphalique, les difficultés logistiques de la réalisation du PODD selon le Maastricht I ou II, la réflexion concernant le PODD MIII est à nouveau en cours sous l'impulsion de l'agence de biomédecine. La commission d'éthique de la SRLF s'est impliquée dans cette réflexion. En accord avec le conseil d'administration une enquête par questionnaire a été réalisée afin d'apprécier la connaissance qu'ont les membres de la SRLF de ce sujet, leurs orientations éthiques à son propos et leur acceptation potentielle de cette pratique. Cette interrogation est en adéquation avec un questionnement plus général issu de la littérature internationale.

Objectif de l'étude

Chercher à savoir quelle est la perception éthique des personnels de réanimation (médecins et IDE) vis-à-vis du PODD MIII et leur opinion vis-à-vis du développement éventuel de cette procédure

http://www.srlf.org/Data/upload/Files/PDF/20111221-M3_QS_SRLF-DDS.pdf

Développement durable

Quel impact écologique pour les gaz d'anesthésie ?

Les gaz anesthésiques sont des gaz à effets de serre et possèdent des propriétés destructrices sur l'ozone. Les composés halogénés carbonés font partie des gaz entrainant les effets de serre les plus importants et parmi eux le desflurane est particulièrement toxique puisque les dégâts qu'il entraine sont 27 fois plus importants que le sévoflurane. Les effets de serre les moins importants semblent être obtenus avec l'utilisation de faibles doses d'isoflurane. Les oxydes nitrés, autres gaz à effet de serre, pouvant rester dans l'atmosphère pendant 114 ans, posent également d'importants problèmes par leur effet destructeur sur l'ozone. Afin de remédier à ce type de problème, le Dr Jodi Sherman suggère d'utiliser préférentiellement de faibles doses d'isoflurane et de mettre en place des systèmes de récupération de ces gaz.

Dr Thierry Grivel
www.jim.fr - Publié le 02/01/2012

Sherman J. Patient Safety Versus Ecological Sustainability In Anesthesia Practice. American Society of Anesthesiologists (ASA) Annual meeting (Chicago) : 15-19 octobre 2011.

http://www.jim.fr/en_direct/congres/e-

Cinq grands changements en néonatologie

L'article de CF Poets aborde un temps crucial en néonatologie, la traduction de la recherche clinique dans la pratique médicale. Il présente 5 modifications des soins néonataux de soutien qui ont suivi la publication des résultats de plusieurs grandes études cliniques –analysées dans JIM- au cours des cinq dernières années.

1. La prise en charge des nouveau-nés est moins agressive en salle de naissance

Les grands prématurés, en particulier, ne gagnent rien à être suroxygénés et intubés-ventilés systématiquement à la naissance. Une partie d'entre eux peut être stabilisée en titrant l'O2 et en employant une PPC nasale (pression positive continue).

Qu'on parte d'une FiO2 de 21-30 % ou de 100 % (O2 pur), la réanimation est aussi efficace, mais dans le premier cas on diminue les épisodes d'hyperoxie et donc le stress oxydatif (deux essais contrôlés randomisés, 2 études cas-témoins historiques). Ceci veut dire qu'il faut utiliser des mélangeurs d'air et d'O2 et des oxymètres de pouls pour régler l'oxygénation.

La PPC nasale d'emblée permet d'éviter l'intubation trachéale, geste invasif, les 5 premiers jours de vie à la moitié des enfants de 25-28 semaines (essai COIN). Elle diminue la durée de la ventilation mécanique mais n'augmente pas la survie sans dysplasie broncho-pulmonaire (essais COIN, SUPPORT). Il n'y a pas d'excès de pneumothorax lorsque le niveau de la PPC est fixé à 5 cm H2O et le seuil d'intubation à 50 % de FiO2 (essai SUPPORT). En PPC nasale, on peut même instiller du surfactant par un fin cathéter introduit dans la trachée, comme cela est fait en Allemagne.

2. La limite inférieure de la SaO2 est relevée à 90% chez les très grands prématurés

La fourchette optimale de la SaO2 n'est toujours pas définie chez le très grand prématuré. On a recommandé pendant de nombreuses années des SaO2 basses pour réduire l'incidence de la rétinopathie du prématuré. Plus récemment il est apparu que des SaO2 <90 % étaient associées à une surmortalité pendant l'hospitalisation néonatale ou avant 36 semaines de terme corrigé (essais SUPPORT, BOOST II).

Il semble donc raisonnable de ne pas descendre en dessous de 90 % de SaO2.

3. La caféine est le traitement de choix des apnées idiopathiques du prématuré.

Débutée avant J10, elle n'a que des effets bénéfiques chez les enfants pesant moins de 1 250 g (essai CAP). Les durées de ventilation mécanique, PPC et oxygénothérapie sont écourtées d'environ 1 semaine. Les risques de dysplasie broncho-pulmonaire, canal artériel symptomatique et rétinopathie sévère sont réduits de 40 %, 30 % et 40 %, respectivement. Enfin, à l'âge de 18 mois, il y a plus de survivants sans handicap, notamment sans paralysie cérébrale.

La caféine est actuellement le seul médicament capable de protéger les grands prématurés ventilés de la paralysie cérébrale.

4. La rétinopathie sévère du prématuré peut être traitée par un anti-VEGF

Par comparaison avec le traitement au laser, l'injection dans le vitré d'un anticorps inhibant le facteur de croissance de l'épithélium vasculaire [VEGF] diminue les récidives de rétinopathie au stade 3+ avant le terme corrigé de 54 semaines (1er essai contrôle randomisé). Cet effet semble limité aux lésions de la zone centrale de la rétine.

5. L'hypothermie améliore le pronostic de l'encéphalopathie hypoxo-ischémique

L'hypothermie modérée (température centrale à 33-34 °C, pendant 72 h) améliore le pronostic des formes modérées à sévères d'encéphalopathie hypoxo-ischémique du nouveau-né à terme, à condition d'être instaurée avant H6.

A 18 mois, par rapport au seul traitement symptomatique, elle diminue le risque combiné de décès et de handicap sévère de 20 %, ou encore elle augmente les chances de survie avec neuro-développement normal de 50 % (méta-analyse de 10 essais contrôlés randomisés). En fait ce sont surtout les formes modérées qui tirent profit de ce traitement.

A l'excellent choix ci-dessus on pourrait souhaiter rajouter la démarche de qualité des soins et les soins de développement. L'important est plutôt dans la méthodologie qui a abouti à un tel choix. A l'instar de CF Poets, les néonatologistes doivent se tenir au courant de la recherche clinique et en retenir les trouvailles les plus intéressantes pour leurs petits patients.

Dr Jean-Marc Retbi
www.jim.fr - Publié le 03/01/2012

Poets CF : What are the main research findings during the last 5 years that have changed my approach to clinical practice ? Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2011 ; publication avancée en ligne du 24 août.

http://www.jim.fr/e-docs/00/01/F8/06/document_actu_med.phtml

Douleurs de l'enfant : la nécessaire prise en charge

Depuis une vingtaine d'années, la réalité de la douleur chez l'enfant et le nouveau-né est clairement reconnue, grâce à la multiplication d'études. Pour autant, évaluation et prise en charge restent parfois difficiles.

Malgré de nombreuses incitations officielles, et des mises à jour régulières en matière de bonne pratique (les dernières formulées par l'Afssaps datent de 2009), « l'analyse des pratiques aujourd'hui montre que la prise en charge est très inégale et bien souvent inadéquate. La mobilisation, la sensibilisation restent très hétérogènes », estime Pediadol, un groupe de spécialistes qui œuvrent pour améliorer les pratiques en la matière.

Pediadol considère ainsi qu'elles sont encore majoritairement « soignant dépendantes ».

Premier obstacle à une prise en charge adaptée, l'évaluation de la douleur. Selon leur âge, les enfants réagissent différemment, sans compter les plus petits qui ne savent pas encore s'exprimer et le stress généré par le fait de se trouver à l'hôpital.

Plusieurs outils existent : la classique échelle numérique (pour les plus grands), l'échelle modifiée des visages (préscolaire à 7 ans) mais aussi Evendol, qui permet d'évaluer la douleur chez l'enfant de moins de 7 ans, plus particulièrement aux Urgences, à partir de 5 items comportementaux simples.

La variété des moyens de prise en charge est aussi à prendre en compte. Bien sûr il y a les médicaments (sur lesquels portent les recommandations de l'Afssaps) mais il ne faut pas négliger la communication (avec l'enfant mais aussi les parents !) et le toucher, vecteur entre le soignant et le patient encore trop souvent négligé.

Manque de connaissances

Le manque de connaissances est encore important dans le domaine : peu d'études sont réalisées par exemple sur la douleur provoquée par des soins. Et c'est ce qui explique la disparité des pratiques. Pour diffuser au mieux ce qu'ils considèrent comme des bonnes pratiques, Pediadol a mis au point un livret d'informations, qui présente des situations pratiques et formule des recommandations.

Ces propositions reposent sur une bibliographie sans cesse réactualisée et la confrontation des expériences professionnelles des membres du groupe de travail.

Alors que le 11e congrès national de la SFETP a eu lieu en novembre et les Journées Pediadol les 8 et 9 décembre derniers, tous les soignants impliqués s'accordent sur la nécessité de développer la formation (pour les infirmiers, la question de la douleur ne devrait pas être envisager que dans les enseignements relatifs aux soins palliatifs, à la fin de vie et aux urgences) d'une meilleure reconnaissance du rôle des infirmiers ressource douleur qui conduirait à sa généralisation dans les établissements.

Émilie Gillet
http://www.actusoins.com/10210/douleurs-de-l'enfant-la-necessaire-prise-en-charge.html

Réduire l'anxiété opératoire des enfants grâce à l'hypnose, ça marche ?

Depuis le début de l'année, un programme de recherche pilotée par deux infirmières est en cours à l'hôpital Robert-Debré (AP-HP). Ce projet est l'un des 5 projets de recherche infirmière de l'AP-HP retenus dans le cadre du Programme hospitalier de recherche infirmière en 2010. Son objectif : observer l'impact d'une séance d'hypnose avant une intervention chirurgicale sur l'anxiété des enfants. Cette étude pourrait bien modifier certaines formes de prise en charge à l'hôpital.

Depuis le mois de mars, dans le cadre d'un programme de recherche, Karine Tiberghien, infirmière anesthésiste, et Nathalie Duparc-Alégria, infirmière ressource douleur à l'hôpital Robert-Debré ont commencé une étude qui vise à vérifier si l'hypnose avant une intervention chirurgicale a un effet sur l'anxiété des enfants.

Pour cela, deux interventions de chirurgie orthopédique ont été choisies : l'ostéotomie (section chirurgicale des os longs) et l'arthrodèse du rachis (immobilisation d'une articulation avec du matériel). « Des études ont montré que les techniques d'hypnose ont une réelle efficacité sur l'anxiété et la douleur qui sont intimement liées. Ce que l'on souhaite avec cette étude, c'est avoir un outil supplémentaire pour améliorer la prise en charge de la douleur chez les enfants » précise Karine Tiberghien.

Avec les contraintes liées à l'organisation d'un bloc opératoire, l'idée est donc de faire une courte séance d'hypnose avant l'anesthésie, moment très anxiogène pour l'enfant, afin d'observer si cela a un impact sur la douleur et l'anxiété après l'opération. Concrètement, l'étude lancée porte sur 100 enfants âgés de 10 à 18 ans : un groupe « hypnose » de 50 enfants qui auront une séance courte d'hypnose avant tout geste anxiogène (piqûre, pose d'un masque, etc.) et un groupe « classique » de 50 autres enfants qui auront une prise en charge classique. L'anxiété et la douleur sont évaluées la veille de l'intervention, le lendemain ainsi qu'en salle de réveil, par des infirmiers qui ignorent dans quel groupe est inclus l'enfant. À ce jour, 54 enfants sont inclus dans l'étude.

Au sein de cette recherche, les parents trouvent toute leur place. « Pour les enfants du groupe « hypnose » que l'on revoit la veille de l'intervention, nous leur demandons de choisir un endroit agréable, dans lequel ils aimeraient se projeter lors de la séance d'hypnose du lendemain. Très souvent, les parents sont là et peuvent suggérer à leur enfant des lieux qui leur procurent du bien-être », ajoute Nathalie Duparc-Alégria.

Mais au-delà de l'effet de cette consultation sur la douleur de l'enfant, cette recherche présente l'intérêt de faire véritablement rentrer l'hypnose à l'hôpital. « Désormais, de façon spontanée, en dehors de tout cadre de recherche, il y a des parents et des enfants qui demandent à avoir de l'hypnose lors de la consultation pré-opératoire ! » s'enthousiasme Nathalie Duparc-Alégria. D'autant que l'hypnoanalgésie est un outil utilisable par tout soignant formé. « Il est fondé sur le relationnel et nous sommes proches des enfants, c'est en cela qu'il trouve pleinement sa place dans la recherche en sciences infirmières » conclut Karine Tiberghien.

Jérémie Bazart

9/12/2011
http://www.lewebzine.aphp.fr/spip.php?article902

Urgences

Plaies pénétrantes de la nuque : un réel défi pour les anesthésistes

Même pour les anesthésistes travaillant en traumatologie, la prise en charge de patients présentant des plaies pénétrantes de la nuque représente un réel challenge. Pour le Pr Albert Baron, le contrôle des voies respiratoires chez un patient ayant subi un traumatisme de la nuque, que ce soit par arme blanche ou par arme à feu, pose de nombreux problèmes aux anesthésistes. Il est nécessaire de bien analyser l'ensemble des atteintes des voies respiratoires et des autres structures du cou chez ces patients. La plus grande difficulté réside dans la réalisation de l'intubation trachéale chez un patient. Même s'il est possible de voir les cordes vocales, il est absolument nécessaire de savoir exactement où se dirige le tube trachéal afin d'éviter d'autres atteintes. Pour cela, une des meilleures techniques réside dans l'intubation en séquence rapide par fibre optique.

Dr Thierry Grivel
www.jim.fr - Publié le 03/01/2012

Varon AJ. Airway Management of a Patient With Penetrating Neck Injury. American Society of Anesthesiologists (ASA) Annual meeting (Chicago) : 15-19 octobre 2011.

http://www.jim.fr/en_direct/congres/e-docs/00/01/F8/03/document_actu_con.phtml

Quelle prise en charge des perforations de l'œsophage thoracique ?

Les perforations de l'œsophage thoracique (POTh) sont le plus souvent provoquées (endoscopie, endo-échographie, dilatation, intubation) ou spontanées (vomissements).
L'étude d'une série de 81 patients pris en charge dans une seule institution entre 1998 et 2009 est l'occasion de faire le point sur la prise en charge de ces POTh, qui ont une forte morbi-mortalité.

La base du traitement après un bilan (transit oesophagien et TDM), repose sur une diète stricte, une antibiothérapie adaptée, une réanimation intensive et un contrôle des épanchements médiastinaux et pleuraux.

Dans cette étude, une distinction a été faite entre les patients (n = 56) qui ont une POTh limitée au médiastin et qui sont d'abord traités médicalement et ceux (n = 25) qui ont une POTh avec une extension vers la plèvre et qui sont rapidement opérés (drainage et réparation oesophagienne).

En cas de limitation au médiastin

Pour les POTh limitées au médiastin, l'attitude recommandée est de ne pas les opérer en l'absence d'extension vers la plèvre. On met en route un traitement médical et on les surveille de près. Sans aggravation, un nouveau transit est réalisé à J5 et une alimentation progressive reprise. En cas d'évolution secondaire (épanchement, fièvre, hyperleucocytose), il est nécessaire d'intervenir : il s'agit le plus souvent de mettre en place un drainage (médiastin et/ou plèvre).

Ici, 30 des 56 patients seront opérés avec une morbidité supérieure (80 %) à celle des patients non opérés (19 %) surtout si la prise en charge se fait au delà de 24 heures ($p < 0,001$). Par ailleurs, dans ce groupe, 3 patients décèderont.

En cas d'extension d'emblée à la plèvre

Pour les POTh étendues d'emblée vers la plèvre, un traitement chirurgical avec drainage et réparation oesophagienne est réalisé. On considère que les patients vus avant 24 h peuvent avoir une réparation oesophagienne primaire avec couverture (muscle, péricarde, épiploon). Au-delà, certains pensent qu'il est illusoire d'essayer de réparer l'œsophage en raison du caractère très inflammatoire et fragile des tissus et proposent un simple drainage. D'autres n'ont pas ces préventions et jugent en per-opératoire, en

fonction du délai, de l'état local et de l'état du patient, de l'opportunité d'une réparation.

Dans tous les cas, le pronostic est grave avec une morbidité de 68 % et une mortalité de 24 %. Ici sur 25 patients, 6 décèderont (ils avaient été pris dans un délai de plus de 24 heures pour 5/6 d'entre eux).

Au total, on retient la gravité de ces POTh dont beaucoup sont provoquées par des gestes endoscopiques et dont deux sur 3 doivent être opérées.

Dr Roland Charpentier
www.jim.fr - 27/12/2011

Minnich DJ et coll. : Management of thoracic esophageal perforations. Eur J Cardio-thorac Surg 2011 ; 40 : 931-8.

http://www.jim.fr/medecin/11_med_gen/e-docs/00/01/F7/66/document_actu_med.phtml

Recommandations internationales 2011 en matière de premiers secours et de réanimation

À l'intention des responsables des programmes de premiers secours des Sociétés Nationales, des groupes consultatifs scientifiques, des formateurs aux premiers secours et des sauveteurs

Sous l'égide du Dr Pascal Cassan, médecin référent national de la croix-rouge française et Chef de projet, Centre européen de référence pour l'éducation aux premiers secours, FICR, ces recommandations ont été proposé au sein d'unn groupe de travail composé de nombreux médecin nationaux de chaque société nation croix-rouge.

http://www.ifrc.org/PageFiles/53459/IFRC%20-International%20first%20aid%20and%20resuscitation%20guideline%202011.pdf

La Stratégie 2020 exprime la détermination collective de la Fédération Internationale des sociétés de la Croix-rouge et du Croissant-rouge à progresser dans la lutte contre les grands défis auxquels l'humanité sera confrontée au cours de la prochaine décennie. Guidés par les besoins et les fragilités des différentes communautés avec lesquelles nous travaillons, et par les droits et libertés de base auxquels chacun d'entre nous a droit, cette stratégie a vocation à bénéficier à tous ceux qui se tournent vers la Croix- Rouge et le Croissant-Rouge pour aider à construire un monde plus humain, plus digne et plus pacifique.

Au cours des dix prochaines années, la FICR dans son ensemble s'attachera à atteindre les objectifs stratégiques suivants :

1. Sauver des vies, protéger les moyens d'existence et renforcer la capacité de redresse- ment après les catastrophes et les crises

2. Promouvoir des modes de vie sains et sûrs

3. Promouvoir l'intégration sociale et une culture de non-violence et de paix

Dr. Pascal Cassan
First Aid Consultant
Health Department
pascal.cassan@ifrc.org
International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

Lancement de Code d'urgence La technologie qui peut sauver des vies !

CODE D'URGENCE développe une innovation majeure qui permet aux services des SAMU et SMUR exclusivement d'accéder aux informations médicales pour gérer le plus efficacement l'urgence.

La Sarthe et la Loire-Atlantique seront pionniers dans son utilisation. A terme, la France devrait être couverte en douze mois. Le lancement est prévu le 15 janvier 2012.

A la clé, quarante emplois seront créés et certainement des vies seront sauvées.

Quand deux entrepreneurs, l'un fondu de course à pied et l'autre de moto, se retrouvent désemparés face à une situation d'urgence, le déclic est immédiat « À l'heure des QR code et autres codes 2D, il n'est plus possible d'être démuni d'information sur une personne en situation d'urgence » se disent-ils.

Et le projet s'emballe. Avec la confiance des équipes médicales d'urgence de leur département (la Sarthe) et d'un grand groupe d'assurance, ils mettent au point un nouveau service d'utilité publique : le code d'urgence.

Comment ça marche ?

Il s'agit d'un code (2D et alphanumérique) à conserver sur soi en permanence, matérialisé par un autocollant (à apposer sur un casque, au dos d'une montre ou d'un téléphone portable).

Il permet aux médecins du SAMU d'avoir accès aux données médicales d'urgence en cas d'accident (de la route, du travail ou de la vie). Ainsi, il facilite les premiers soins, qui sont dispensés plus rapidement et plus précisément.

Concrètement, en scannant le code du patient au moyen de son smartphone et de son application dédiée, le médecin urgentiste accède à aux données médicales que la victime aura préalablement fournies et fait validées.

Au-delà des usagers de deux roues et des métiers à risques (notamment le BTP), les applications pourront rapidement être élargies à d'autres utilisateurs (sportifs, seniors, etc.).

Autorisation d'exercer et respect des données personnelles

S'il existe déjà des initiatives approchantes, seule Code d'urgence s'inscrit dans une réelle démarche qualité (implication des équipes médicales pour la conception du questionnaire, etc.) et satisfait aux exigences de la CNIL (stockage des données sur un serveur agréé par le Ministère de la Santé et transmises via un processus sécurisé, etc.).

Code d'urgence est aujourd'hui le seul à avoir reçu l'autorisation d'exercer, pour l'instant sur les départements de la Sarthe et de la Loire-Atlantique. Dix autres départements sont en cours d'autorisation. La totalité de la France devrait être couverte en 12 mois.

Pour rendre ce service accessible à tous, les fondateurs mettent gratuitement à disposition la technologie Code d'urgence pour les médecins du SAMU (progiciel mis à disposition ou installé, fourniture de smartphones si nécessaire et formation d'un référent, généralement le directeur du SAMU). L'utilisateur s'abonnera pour 36€ TTC/ an seulement.

Une initiative tellement innovante qu'elle a reçu le prix « Cap création Sarthe » le 6 décembre dernier. Une récompense qui vient s'ajouter aux nombreux autres soutiens qui ont permis au projet d'aboutir, et notamment ceux du SAMU de France, de Carrefour Entreprise Sarthe, de Sarthe Développement, d'Émergence, d'un accompagnement dans le cadre du dispositif lié au bassin de revitalisation ACI, de Pôle Emploi, etc.

En service le 15 janvier 2012 !

Le 15 janvier prochain marquera le lancement opérationnel de l'activité vis-à-vis des services d'urgence et des abonnés. Deux départements se sont d'ores et déjà positionnés pour participer à ce lancement. Il s'agit des SAMU et SMUR de la Sarthe et de la Loire-Atlantique qui sont d'ores et déjà équipés et formés à cette nouvelle technologie.

Contact presse :
Sylvie Le Roux
06 28 69 05 24
sylvie.leroux@pressentiel.fr

http://www.espacedatapresse.com/fil_datapresse/consultation_cp.jsp?ant=reseau_2729070

Maladie coronaire : la tendance à la baisse se poursuit

Saint-Maurice, France — Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) consacre un numéro thématique à l'infarctus du myocarde et aux syndromes coronaires aigus [1]. En continuité avec le projet Monica (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease), trois registres français, tenus à Lille, Strasbourg et Toulouse montrent une diminution de la mortalité coronaire entre 2000 et 2007, probablement liée à la réduction de l'incidence des infarctus de 19 %.

« Ces résultats montrent que la tendance à la baisse de la fréquence de la maladie coronaire observée en France depuis le début des années 1980 se poursuit », commente l'éditorialiste, le Dr Dominique Arveiler (Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique, Strasbourg).

Pour le Pr Jean Ferrières (Unité de Prévention de l'Athérosclérose, CHU Rangueil, Toulouse), interrogé par Medscape France, « il faut bien sûr se

réjouir de ce résultat mais les chiffres du BEH montrent aussi des points faibles. La leçon à tirer de l'ensemble est surtout un plaidoyer en faveur de la cardiologie générale. La réduction de l'incidence des infarctus du myocarde reflète le meilleur contrôle des facteurs de risque en amont. Tant mieux ! Les cardiologues auraient pu penser qu'ils auraient moins de travail mais ce n'est pas le cas avec le vieillissement de la population qui permet de « rattraper » la baisse de l'incidence. »

Un progrès qui profite surtout aux hommes de plus de 55 ans

Le progrès concerne toutefois surtout les patients de plus de 55 ans. Il est moins marqué chez les patients plus jeunes, et en particulier chez les femmes jeunes.

Sur le plan géographique, on observe la persistance du gradient Nord-Sud de fréquence décroissante. La gravité de présentation de la maladie coronaire pourrait par ailleurs être supérieure dans la région Nord.

Enfin, la létalité hospitalière et la létalité générale restent stables sur cette période, ce qui suggère l'importance d'entrer rapidement dans la filière de soin.

Pour le Pr Ferrières « en ce qui concerne les femmes, il est faux de dire qu'il y a une épidémie chez la femme jeune. Certes, la situation est préoccupante, mais l'incidence de l'infarctus chez la femme reste faible. »

Le changement de définition de l'IDM en 2006

Le BEH revient sur le changement de définition des syndromes coronaires aigus selon les critères électrocardiographiques et enzymatiques (troponine). Une étude menée en 2006 sur l'ensemble des épisodes d'insuffisance coronaire aiguë recensés selon la nouvelle définition (addition des cas de syndrome coronaire, d'angor instable et d'autres formes aiguës de la maladie coronaire), a abouti à une augmentation de 60 % des évènements enregistrés sur la période.

On constate par ailleurs que :

La répartition des différentes formes cliniques et de leur diagnostic est hétérogène géographiquement selon les habitudes locales de caractérisation de l'épisode aigu par les cliniciens. D'où l'intérêt d'harmoniser les indicateurs épidémiologiques.

Les signes de gravité sont plus fréquents à Lille que dans les autres centres, avec pour corollaire une létalité plus élevée à 28 jours. Il y a notamment deux fois plus d'arrêt cardiaque réanimé, d'OAP et de choc cardiogénique à Lille.

Une revascularisation a lieu dans 75 % des cas, un peu moins fréquemment à Lille (61 %). Le traitement de sortie est globalement similaire dans les trois régions et conforme aux recommandations internationales. La réadaptation est respectivement 1,5 et 3 fois moins prescrite à Toulouse et à Lille qu'à Strasbourg.

Des progrès, mais il reste du chemin

Au cours de la période 2000-2007, la prévention primaire sur le contrôle des facteurs de risque a porté ses fruits, avec une réduction de 19 % des taux d'IDM et décès coronaires, assortie d'une diminution de 15 % de la mortalité coronaire masculine et de 22 % de la mortalité coronaire féminine.

« Concernant la prévalence du tabagisme, une baisse est notée à chaque tranche d'âge chez les hommes, alors qu'elle n'est observée qu'après 55 ans chez les femmes, avec une stabilité chez les 35-54 ans. Ces éléments peuvent expliquer en partie une baisse de la morbidité et de la mortalité coronaire observée uniquement chez les femmes les plus âgées », notent les auteurs.

S'agissant de l'inégalité géographique, ses déterminants restent hypothétiques. Une relation avec la distribution inégale des comorbidités est néanmoins envisagée. « Les indicateurs de l'état de santé général de la population analysés par l'Insee montrent des conditions sanitaires et sociales plus détériorées dans le Nord de la France qu'ailleurs », peut-on lire dans le BEH. « La survenue d'un épisode ischémique sur un terrain plus altéré pourrait se traduire par des complications plus fréquentes et plus graves. Une autre hypothèse serait un moindre recours aux soins et à la prévention dans une région sous médicalisée. »

Une problématique centrée sur la mortalité extrahospitalière

Reste que la part élevée de la mortalité extrahospitalière ne diminue pas dans le temps. « Elle souligne la nécessité de poursuivre les efforts de prévention primaire et les efforts d'information de la population sur l'urgence à agir devant des signes de pathologies coronaire aiguë », souligne l'éditorial du BEH

Pour le Pr Ferrières aussi « la problématique est davantage centrée sur la mortalité extrahospitalière : deux tiers des décès surviennent en dehors de la filière de soins alors que la létalité intra-hospitalière n'a pas bougé et semble atteindre un niveau incompressible. Il faudrait renforcer l'éducation sur les gestes qui sauvent car lorsque l'infarctus survient brutalement, il faut une tierce personne qui soit capable de réanimer avant d'être relayée par le SAMU. »

« Concernant le gradient Nord-Sud persistant, la mortalité a baissé dans les mêmes proportions à Lille, à Strasbourg et à Toulouse, mais le gradient est resté le même. Les disparités régionales ne sont pas le fait de différences de compétence comme l'affrontement des écoles toulousaine ou lilloise le suggérait il y a quelques années. Elles ne sont pas liées non plus à un différentiel d'équipement car il y a autant de tables de coronarographie à Lille qu'ailleurs. Ce sont d'autres facteurs qui ne sont pas liés à la pratique : peut-être des facteurs socio-économiques, un défaut de prévention ou un moindre recours au système de santé en amont. »

« Côté prise en charge, la réadaptation cardiovasculaire perd pied. C'est un peu meilleur pour les infarctus ST+, mais pour les ST-, la réadaptation est rarement prescrite. On ne délivre pas un vrai message de prévention secondaire. C'est la rançon de la cardiologie moderne où le patient est dilaté et stenté, et se croit guéri très rapidement. Le patient ne prend pas le temps de changer son style de vie, et la problématique est la même pour les médicaments. »

« Ce numéro du BEH est un plaidoyer pour la cardiologie générale au détriment de l'hyperspécialisation. »

RÉFÉRENCE

BEH, 8 Novembre 2011/N°40-41. Numéro thématique. Des registres de l'infarctus du myocarde...aux registres de l'insuffisance coronaire aiguë.
19 décembre 2011

http://www.medscape.fr/cardiopathies/articles/1329391/;jsessionid=C11CB4EEE14780027727D3891505542D

Infirmiers seuls et urgences

Urgences vitales : Quelles conduites à tenir pour les infirmiers ?

Du nouveau dans la prise en charge des urgences vitales par un infirmier seul ? C'est en tout cas le souhait de la société française de médecine d'urgence, qui vient d'éditer une série de recommandations de prise en charge des principales situations de détresse.

Que faire lorsqu'on est infirmier du travail, en EHPAD ou en libéral, en attendant un moyen de secours médicalisé ? Quels gestes réaliser en plus des manoeuvres secouristes "classiques" ?

Cette question, bon nombre de professionnels se la sont déjà posés. Et pour cause : si le code de la santé publique autorise un IDE à décider "des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin", le manque de connaissances pratiques ou théoriques, la multiplicité des procédures locales rendent toute initiative complexe.

Dirigée par un infirmier anesthésiste et composée de nombreux professionnels médicaux et infirmiers de l'urgence, la commission d'experts à l'origine de ces recommandation s'est appuyée sur des bases scientifiques faisant consensus pour établir une liste de propositions de conduites à tenir infirmières face à une urgence vitale.

Des actions infirmières spécifiques

Plusieurs situations de détresse sont traitées, de l'accouchement inopiné à domicile à l'arrêt cardio respiratoire, en passant par la détresse respiratoire, l'antalgie ou le coma hypoglycémique.

Pour chaque situation, les auteurs du texte proposent des éléments de "bilan infirmier", des "actions et actes infirmiers" ainsi que les éléments de surveillance associés.

Parmi les actions proposées, on retrouve l'administration d'un aérosol de bêta 2 mimétiques chez l'asthmatique connu, l'injection d'adrénaline en cas d'arrêt cardio respiratoire en cas de rythme non chocable ou l'administration intraveineuse de G30% sur une hypoglycémie sévère.

Ces conduites à tenir font aujourd'hui l'objet d'un large consensus au sein de la communauté de l'urgence. Reste que proposer la réalisation de ces actes par des infirmiers (en attendant un moyen médicalisé et sous couvert du soutien du médecin régulateur SAMU), témoigne d'une évolution importante des mentalités. On est loin des réticences du début des années 2000, où mettre à disposition des secouristes des défibrillateurs semi-automatiques était considéré comme une hérésie par certains...

Un problème de taille demeure toutefois: Ces procédures d'urgence ne sont utiles que si les gestes secouristes "de base" sont réalisés. Avant d'injecter de l'adrénaline, il est nécessaire de reconnaître un arrêt cardio-respiratoire et de maitriser l'algorithme de réanimation cardio pulmonaire... Un travail de longue haleine, donc, mais un challenge passionnant.

Cinq questions à Yvon Croguennec, infirmier anesthésiste président du comité d'organisation :

Quel constat à l'origine de ces recommandations ?

Lors de son exercice professionnel un infirmier diplômé d'état (IDE) peut être confronté à une situation inopinée de détresse médicale sans qu'un médecin ne soit présent sur le lieu même si dans le système de santé français le recours à un médecin urgentiste est possible 24 heures sur 24 par le biais du centre de réception et de régulation des appels.

Il peut donc être amené à effectuer des gestes complémentaires au secourisme afin de préserver le pronostic vital et/ou fonctionnel. Il n'y avait jusque-là aucune recommandation professionnelle et les pratiques locales étaient très hétérogènes. Différents articles du décret de compétences inscrits dans le code de santé publique rappellent le rôle propre, les actes sous prescriptions médicales et les protocoles de soins d'urgence.

Avez-vous rencontré des obstacles ou des réticences lors de l'élaboration de ce texte ?

Dès lors que la médecine basée sur les preuves servait de cadre à notre écriture, il a fallu établir des recommandations en fonction des données de la science et les avis d'experts et non pas en fonction de « l'habitude ». Le recours possible à l'avis du médecin régulateur a permis de donner du contenu à ces recommandations.

Quel est le poids de ces recommandations face au code de la santé publique ?

Le code de santé publique fait référence à l'urgence dans l'article R.4311-14 dans son deuxième alinéa. Jusqu'à maintenant l'IDE agissait face à une urgence inopinée pour éviter la non-assistance à personne en danger.

Ces recommandations, qui je l'espère seront déclinées en protocoles, lui permettent de baser son action sur la science. Par exemple ces recommandations permettent des actions immédiates pour la prise en charge de l'arrêt cardiaque qui ne souffre d'aucun délai de prise en charge (Adrénaline sur choc non conseillé ou sur fibrillation réfractaire après le troisième choc). Pour une prise en charge de la douleur l'utilisation de la morphine est recommandée après avis avec un médecin régulateur.

Est-ce la fin du conflit ISP protocolés / SAMU ?

La pierre d'achoppement n'est pas une divergence scientifique mais est essentiellement basée sur les conditions d'exercice. La SFMU inscrit ces recommandations dans le cadre du rôle essentiel de la régulation médicale du SAMU dans l'organisation des secours préhospitaliers. Ces premières recommandations appellent à la réalisation de protocoles de recherche pour les faire évoluer.

Comment envisagez-vous la formation des IDE pour intégrer ces conduites à tenir ?

Le programme d'universitarisation des études d'infirmière a déjà intégré une unité d'enseignement de soins d'urgence (UE 4.3). La prise en charge de l'urgence inopinée, rare par définition, va imposer comme le dit le professeur SCHMITT président de la SFMU « de gros efforts d'investissement en termes de formation initiale des IDE au sein des instituts de formations en soins infirmiers (IFSI), et dans l'immédiat, la mise sur pied de sessions de formations qui pourraient s'appuyer sur les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ».

Cependant ces recommandations sont un cadre dans lequel chaque institution peut puiser pour rédiger des protocoles en fonction de sa situation, de la formation de ses IDE. Des protocoles différents inspirés de ces recommandations émergeront pour des IDE exerçant dans des circonstances différentes : en milieu de travail, infirmier sapeur pompier, IDE dans une EPHAD ou sur un terrain militaire...

Thomas Duvernoy
actusoins - 30 décembre 2011

http://www.actusoins.com/10257/urgences-vitales-quelles-conduites-a-tenir-pour-les-infirmiers.html

Recommandations professionnelles : L'infirmier(ière) Diplômé(e) d'Etat seul(e) devant une situation de détresse médicale

Introduction

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) prend l'initiative de l'élaboration de recommandations de bonne pratique concernant « l'IDE seul devant une situation de détresse médicale ». Une situation de détresse médicale s'entend comme une situation inopinée où le pronostic vital ou fonctionnel est engagé, pouvant bénéficier de soins d'urgence immédiats.

Le contexte

Un IDE peut, dans l'exercice de sa profession, être confronté à une situation inopinée de détresse médicale. Hors présence médicale, il pourrait être amené à effectuer des gestes spécifiques afin de préserver la vie et/ou la fonction. En France, il est possible d'être mis en contact par téléphone avec un médecin urgentiste 24 h/24 par le biais de la régulation médicale du Samu.

L'intervention des infirmiers en dehors de la présence médicale est actuellement encadrée par le code de santé publique (1).

La problématique

Dans de nombreuses situations, l'IDE peut être seul confronté à une situation de détresse médicale au sens de situations inopinées où le pronostic vital ou fonctionnel est engagé, où le patient peut bénéficier de soins d'urgence immédiats dans l'attente de l'intervention d'une équipe SMUR. Il n'y a pas actuellement de référentiel professionnel pour déterminer les conduites à tenir en fonction des principales situations d'urgence et il existe une grande hétérogénéité des protocoles locaux mis en place. Dans la plupart des situations de détresse médicale, il y a très peu d'études à niveau de preuve élevé. Ceci explique la diversité et l'hétérogénéité des protocoles proposés localement. Ces situations concernent les IDE de plusieurs institutions, IDE effectuant des transports infirmiers interhospitaliers, IDE des établissement d'hébergements des personnes âgées dépendantes (EHPAD), IDE en milieu scolaire, IDE chez les sapeurs pompiers, IDE du travail, IDE militaires, etc...

Il paraît important d'élaborer des recommandations précisant la conduite à tenir d'un IDE se trouvant en face d'une situation de détresse médicale sans possibilité d'avoir immédiatement recours à un médecin. Ces recommandations doivent tenir compte de l'organisation des secours à personne et de l'aide médicale urgente telle qu'elle existe en France (2)

La définition des situations cliniques pour lesquelles de telles recommandations ont été envisagées, a été établie pour correspondre aux situations d'urgence les plus fréquentes et où une prise en charge immédiate permet d'envisager un bénéfice clinique pour le patient. Ces situations ont été définies dans une liste indicative de protocoles de soins d'urgence éligibles aux infirmiers des sapeurs pompiers habilités (3). Cette liste a été retenue car elle est représentative des situations de détresse médicale les plus fréquentes (situations inopinées où le pronostic vital ou fonctionnel est engagé, pouvant bénéficier de soins d'urgences immédiats dans l'attente de l'intervention d'une équipe SMUR)

Ces propositions ont été développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Le comité d'organisation a proposé de répondre pour chaque situation envisagée à la question suivante : à partir des situations cliniques retenues, quels gestes et soins spécifiques (actes et gestes infirmiers) peut-il effectuer, dans quelles conditions et sous quel contrôle ?

http://www.sfmu.org/documents/consensus/rfe_IDE1112.pdf

Société Française de Médecine d'Urgence
(mise en ligne 15/12/2011)

Notes de documents : cf. texte original

Simulation

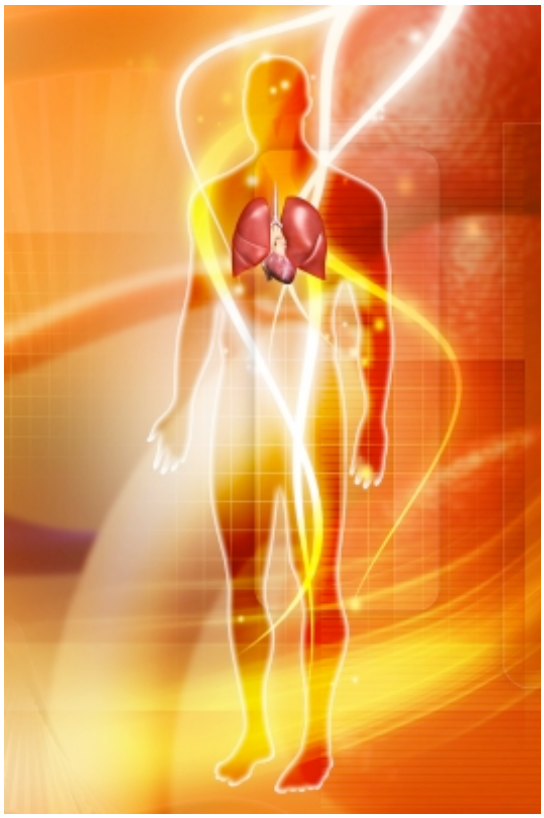
De l'intérêt de la simulation médicale...

Depuis deux ans, les internes en anesthésie-réanimation des Hospices civils de Lyon (Rhône), sont formés aux situations exceptionnelles et/ou graves rencontrées au bloc opératoire grâce à des mannequins programmés pour simuler des pathologies bien particulières. Ils peuvent ainsi tester, sans « le stress de la première fois », la mise en pratique de leurs connaissances théoriques dans des conditions quasi identiques à la réalité...

L'origine de la simulation est ancestrale puisqu'au sixième siècle déjà, les jeux d'échecs furent le premier modèle de simulateur « tacticiel ». Il y a soixante quinze ans, toujours pour des raisons de stratégie guerrière, naissaient les premiers simulateurs aéronautiques. Pour des raisons non plus guerrières, mais des impératifs de sécurité, les simulateurs de vol sont devenus depuis une obligation réglementaire incontournable pour les compagnies et un indispensable outil de formation et de sélection des personnels navigants. Simuler des événements les plus improbables (donc nécessairement quasiment jamais rencontrés) pour tester et obtenir les réponses individuelles et d'équipes les plus adaptées est en effet la seule façon d'obtenir le meilleur niveau de performance, et donc de sécurité pour les passagers.

Les premiers simulateurs médicaux ont été utilisés dès les années soixante pour les formations à la réanimation cardio-pulmonaire et en anesthésiologie.

Ces quinze dernières années, les outils de simulation se sont multipliés et perfectionnés jusqu'à imposer un concept pédagogique (l'enseignement facilitateur) et leur propre modèle de curriculum de formation (le cercle d'apprentissage). Il s'agit de « reproduire expérimentalement des conditions réelles » pour permettre un entraînement sans risque. Au cours de la formation initiale, la simulation permet en effet aux étudiants d'appliquer les connaissances théoriques sans risque pour le patient, de faciliter leur réflexion en groupe et d'améliorer la confiance en soi. Elle favorise l'apprentissage dit « actif ». Concernant la formation continue, la simulation peut apporter, outre l'actualisation des connaissances, un nouveau regard sur soi-même sous réserve que le réalisme des séances soit respecté et que celles-ci soient enregistrées pour faciliter l'auto-évaluation.



Les différentes analyses systématiques de la littérature traitant de simulation confirment que la simulation haute fidélité facilite la formation, mais en insistant sur l'importance du débriefing et de la pratique répétée. Un des grands avantages de la simulation est qu'elle est très proche de la réalité de l'exercice professionnel, tout particulièrement si elle est utilisée in situ.

Si la simulation présente de nombreuses qualités pour la formation, elle souffre cependant de quelques inconvénients et limites, qu'ils convient de connaître et d'anticiper, comme la nécessité de personnels compétents et en nombre suffisant, le coût d'acquisition et d'entretien des matériels (mannequins, matériel, audio-vidéo…). Malgré ces difficultés, d'ordre essentiellement économiques,

la simulation est une méthode pédagogique de grand intérêt. Elle est très largement acceptée et plébiscitée, à travers le monde, tant par les étudiants, les praticiens, les enseignants, que les dirigeants, les législateurs ou les patients.
Ainsi, il a été déclaré lors de l'introduction à la table ronde sur la simulation durant les dernières rencontres de la Haute Autorité de Santé (HAS) le 3 décembre 2010 que : « La simulation en médecine de par cet engouement a atteint des niveaux de réalismes spectaculaires. Nous pouvons désormais simuler tout ou partie du comportement du corps humain : sa physiopathologie, sa réactivité à des médicaments ; nous pouvons tester en temps réel des procédures chirurgicales, des instrumentations innovantes ; enfin, nous pouvons privilégier le facteur humain et organiser des mises en situation en faisant appel à d'authentiques malades ou à des patients simulés. Devant tant de possibilités, il reste paradoxalement, presque tout à faire pour en définir l'usage professionnel et pédagogique (objectifs pédagogiques, conduite de la formation), sa gouvernance (centres spécialisés ou systèmes distribués) et plus encore, la place définitive dans les cursus de formation initiale ou continue en incluant les aspects économiques ».
Elle ne demande donc maintenant en France qu'à être développée, avec pour objectifs prioritaires l'amélioration des pratiques professionnelles et la gestion optimale des risques, tout en respectant des règles communes d'organisation et de fonctionnement.
Ces ateliers de simulation à l'initiative du Professeur Bernard Allaouchiche, Chef de service d'Anesthésie et Réanimation à l'hôpital Edouard Herriot (Hospices Civils de Lyon), en partenariat avec Sanofi-Aventis, General Electric et le Groupe Infinite Medical Education, sont donc un atout pédagogique majeur de la formation médicale permettant de renforcer la sécurité des patients.

www.chu-lyon.fr
Bernard ALLAOUCHICHE
Chef du service de d'Anesthésie et de Réanimation de l'hôpital Edouard Herriot (Hospices Civils de Lyon)

www.infirmiers.com - 06.12.2011
http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/interet-de-la-simulation-medicale.html

HCL : une simulation pour former nos médecins

Depuis deux ans, les internes en anesthésie - réanimation des HCL sont formés aux situations d'urgences rencontrées au bloc grâce à des mannequins progammés, simulant les pathologies rencontrées.

Manque de temps, stress de la première fois, perte de moyens, panique... Les urgences sont difficiles à prendre en charge pour les jeunes internes, d'autant que les études de médecine les mettent rapidement en face de situations délicates... C'est une habitude à prendre, une vraie expérience à acquérir. La simulation est un outil précieux car elle permet d'avoir déjà de bons réflexes lorsque l'on se retrouve en face d'une vraie personne en situation exceptionnelle. Se former, apprendre, s'entrainer sans stress, voilà principalement les enjeux de ces stimulations, réalisées dans des conditions quasi identiques à celles rencontrées dans la réalité.

La simulation médicale existe depuis les années soixantes, au cours desquelles on se formait à la réanimation cardio-pulmonaire et en anesthésiologie. Depuis 15 ans, les outils de simulation se sont particulièrement perfectionnés et développés, jusqu'à s'imposer en temps qu'outil pédagogique. Il s'agit donc de reproduire expérimentalement des situations réelles pour permettre un entrainement sans risque. Les étudiants peuvent ainsi appliquer leurs connaissances théoriques, prendre du temps pour réflechir et aller à leur rythme, afin que les schémas de soins puissent être assimilés petit à petit. Cet outil pédagogique permet également la réflexion de groupe, une auto-évaluation, et le développement de la confiance en soi, en proposant un apprentissage "actif".

La simulation médicale a cependant des limites, à savoir le coût d'acquisition et d'entretien des matériels, ainsi que la disponibilité de personnels compétents et en nombre suffisant.

En France, la simulation ne demande qu'à être développée, avec comme principaux objectifs l'amélioration des pratiques profesionnelles et la gestion optimale des riques. Atout pédagogique majeur, ces ateliers de simulation sont aussi là pour renforcer la sécurité des patients.

Paul DESCHAMPS
14 Décembre 2011

http://lyon.france-webzine.com/news/bien-etre/5426-hcl-une-simulation-forme-nos-medecins.html

Vie professionnelle

Burn-out en anesthésie : un problème de plus en plus fréquent

De trop longues journées de travail, un environnement de plus en plus difficile, des patients de plus en plus graves, ajoutés à des exigences de plus en plus contraignantes de la part des compagnies d'assurance, contribuent à la survenue d'un problème de plus en plus fréquent en anesthésiologie : le burn-out. « Même les meilleurs d'entre nous peuvent être confrontés à ce problème et se retrouver dans la position de ne pas savoir comment gérer cette situation. Si aucune aide n'est apportée à ce collègue, son activité clinique en sera affectée » a indiqué le Dr Sergey Pisklakov. Il est important de parler de ce problème du burn-out des anesthésistes afin que l'ensemble du corps médical et des responsables administratifs prennent conscience de son importance. Cela permettra aux médecins concernés d'accepter d'en parler et de se faire aider.

Dr Thierry Grivel
www.jim.fr - Publié le 02/01/2012

Pisklakov SV. Burned Out Anesthesiologist: Practice, Competence and Colleagues. American Society of Anesthesiologists (ASA) Annual meeting (Chicago) : 15-19 octobre 2011.

http://www.jim.fr/en_direct/congres/e-docs/00/01/F7/E9/document_actu_con.phtml

Satisfaction des IADES au travail

1er Apport sur l'enquête SNIA 2011 : Données brutes

L'analyse de l'enquête sur la satisfaction au travail des infirmier(e)s anesthésistes est toujours en cours de traitement. La restitution finale est prévue pour le premier trimestre 2012.

En attendant nous vous livrons ce premier apport constitué des données et statistiques brutes, sans les problématiques ni l'analyse des croisements que nous effectuons actuellement.

Patience donc, même si cet apport permet un premier éclairage, attention à ne pas tirer de conclusions hâtives à la lecture de ces graphiques.

Download File

15/12/2011
D'autres documents sont téléchargeables dans la rubrique Documentation / Publications SNIA

http://www.snia.net/1/post/2011/12/1er-apport-sur-lenquete-snia-2011-donnes-brutes.html

Le "cauchemar numérique" hante les hôpitaux

Des chirurgiens qui téléphonent pendant leurs interventions. Des anesthésistes qui utilisent l'ordinateur du bloc opératoire pour faire du shopping sur Internet. Des infirmières et des médecins qui envoient des textos en surveillant une circulation extracorporelle ou même une intubation... A l'hôpital comme ailleurs, les smartphones, ordinateurs et autres tablettes tactiles font désormais partie du paysage. Mais leur usage compulsif dans des endroits aussi sensibles que les salles d'opération ou les unités de soins intensifs inquiète les spécialistes.

"Aussi grotesque que cela puisse paraître, le cauchemar numérique est de plus en plus une réalité dans les hôpitaux à travers le pays et le monde entier, écrit ainsi le docteur Peter Papadakos, anesthésiste à l'université de Rochester (Etats-Unis) dans une lettre parue, en novembre, dans le mensuel Anesthesiology News. Malheureusement, nous n'avons pratiquement aucune donnée concernant les conséquences de cette distraction électronique sur la productivité des professionnels de santé et leur zèle lors de tâches répétitives."

Dans les années 1970-1980, raconte-t-il, les soignants étaient peu distraits de leurs tâches et se focalisaient sur leurs patients, collectant directement les informations les concernant. Aujourd'hui, des ordinateurs s'interposent en permanence entre eux. L'informatisation des dossiers médicaux peut apparaître comme un progrès, mais ce n'est pas parce qu'un professionnel de santé scrute un écran qu'il est en train de travailler, relève le docteur Papadakos. Et de citer une enquête menée dans des blocs opératoires à Nashville, récemment présentée au congrès de la Société américaine des anesthésistes. Plus de la moitié des infirmières et médecins anesthésistes, même s'ils se savent observés, sont ponctuellement absorbés dans des tâches qui n'ont rien à voir avec la surveillance de leurs malades, la plus populaire étant la navigation sur Internet.

" Distraction éléctronique "

Le New York Times, qui vient de consacrer un article à ce sujet, cite d'autres données et témoignages édifiants. Ainsi d'une étude, américaine toujours, auprès de plus de 400 perfusionnistes, les techniciens en charge des techniques de circulation extracorporelle (CEC), utilisées dans certaines opérations du coeur. Cette enquête, publiée en 2011 dans la revue Perfusion, révèle que 55 % utilisent leur téléphone portable pendant des procédures de CEC et presque autant envoient des textos ; 20 % des propriétaires de smartphone vérifient leurs courriels et 15 % vont sur Internet. Pourtant, 80 % sont conscients des risques qu'ils font prendre à leurs patients.

Quid des chirurgiens ? A priori, il n'est pas évident, surtout dans certaines spécialités, de surfer ou de téléphoner pendant une intervention sanglante, et les appels sont souvent pris par une infirmière. Mais la donne est en train de changer avec

l'utilisation croissante de robots chirurgicaux, où ces praticiens opèrent assis depuis une console, sans vêtements stériles ni gants... Les dangers ne sont pas que théoriques. Récemment, rapporte le New York Times, un patient paralysé après une opération s'est retourné contre son neurochirurgien. Celui-ci, équipé d'un kit mains libres, avait répondu à de nombreux appels téléphoniques personnels pendant l'intervention. Dans un autre cas au moins, cette "distraction électronique" a eu des conséquences fâcheuses. Aux Etats-Unis, un homme de 56 ans a été victime d'un grave surdosage d'anticoagulants parce que le médecin qui devait donner l'ordre de les arrêter - en envoyant un message de son smartphone - a oublié de le faire, distrait par la réception d'un SMS l'invitant à une fête.Si ces appareils électroniques ont aussi envahi les hôpitaux français, la situation y est moins caricaturale, selon plusieurs médecins. Pour le professeur Pascal Rischmann, urologue au CHU de Toulouse, être joignable en permanence permet aux praticiens de régler plus vite des situations d'urgence. "Mais il faut un code de conduite", concède l'urologue, qui n'a été amené qu'une fois à demander l'extinction générale des portables au bloc dans une situation difficile. Un autre chirurgien défend ses collègues anesthésistes, en rappelant que leur travail, en dehors des phases cruciales d'induction et de réveil, comporte de nombreux temps morts. "Auparavant, ils lisaient ; maintenant, ils surfent, ce n'est pas choquant", assure-t-il.

Sandrine Cabut

LE MONDE SCIENCE ET TECHNO • Mis à jour le 01.01.12

http://www.lemonde.fr/planete/article/2011/12/30/le-cauchemar-numerique-hante-les-hopitaux_1624153_3244.html

---

Congres JEPU du 16 au 17 mars : Inscription en ligne ouverte

Chers Amis, Chers Collègues,

Les inscriptions en ligne au 44e Journées Internationales d'Anesthésie Réanimation et de la 34e Réunion de Perfectionnement des Infirmiers Anesthésistes sont ouvertes !

Nous vous recommandons de nous faire parvenir votre inscription avant le 6 Février 2012, pour bénéficier du tarif préférentiel par Internet sur le site www.jepu.net.

Comme chaque année, les JEPU ont obtenu l'accréditation du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (vous pourrez bénéficier de 20 points FMC) et de l'INAMI de Bruxelles (14 crédits points ont été attribués).

Vous trouverez aussi sur le site une bibliothèque regroupant les conférences données ces dix dernières années. Un moteur de recherche performant donne libre accès à plus de 1000 articles. Le site reçoit chaque jour plus de 400 visites et plus de 62 000 textes on été téléchargés en 2011.

Nous réjouissant de vous retrouver à l'occasion des 44e Journées Internationales d'Anesthésie Réanimation et de la 34e Réunion de Perfectionnement des Infirmiers Anesthésistes les 16 et 17 mars prochain, nous vous prions de croire à l'assurance de nos sentiments confraternels.

Professeur Pierre CORIAT
Elisabeth BALAGNY
Le Comité Scientifique

DAR - Pr CORIAT
Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière
47-83 Bd de l'Hôpital
75651 Paris Cedex 13
Tel : 01.42.16.22.54
Fax : 01.42.16.22.69